BIBLIOTHÈQUE

DU

MÉDECIN-PRATICIEN.

PARIS. — IMPRIMERIE DE FAIN ET THUNOT,
IMPRIMEURS DE L'UNIVERSITÉ ROYALE DE FRANCE,
Rue Racine, 28, près de l'Odéon.

BIBLIOTHÈQUE

DU

MÉDECIN-PRATICIEN

OU

RÉSUMÉ GÉNÉRAL

DE TOUS LES OUVRAGES DE CLINIQUE MÉDICALE ET CHIRURGICALE,
DE TOUTES LES MONOGRAPHIES,
DE TOUS LES MÉMOIRES DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES,
ANCIENS ET MODERNES, PUBLIÉS EN FRANCE ET A L'ÉTRANGER;

PAR UNE SOCIÉTÉ DE MÉDECINS :

Sous la Direction du Docteur FABRE,

AUTEUR DU DICTIONNAIRE DES DICTIONNAIRES DE MÉDECINE,
RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE DES HÔPITAUX (LANCETTE FRANÇAISE).

TOME PREMIER.



MALADIES DES FEMMES.



PARIS.

ON SOUSCRIT AU BUREAU DE LA GAZETTE DES HOPITAUX
(LANCETTE FRANÇAISE)

ET DU DICTIONNAIRE DES DICTIONNAIRES DE MÉDECINE,

RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 11-13, ET RUE DAUPHINE, 22-24.

1842.



BIBLIOTHÈQUE

DU

MÉDECIN-PRATICIEN.

PREMIÈRE SÉRIE.

MALADIES DES FEMMES.

LIVRE PREMIER.

MALADIES DES PARTIES GÉNITALES DE LA FEMME.

Comme Boyer, nous diviserons ces maladies en maladies des parties externes et maladies des parties internes de la génération. Nous y ajouterons le périnée dont les déchirures peuvent être rapprochées des lésions de ces organes. Ce sera notre deuxième chapitre.

CHAPITRE PREMIER.

MALADIES DES PARTIES EXTERNES DE LA GÉNÉRATION.

Les parties externes de la génération forment ce qu'on a appelé la vulve. Ce sont le clitoris, les grandes et les petites lèvres.

ARTICLE PREMIER.

Vices de conformation.

L'absence de toutes les parties génitales externes est rare. C'est un cas d'imperforation très-grave. Il suppose d'autres anomalies profondes et surtout l'ouverture du vagin sur un point des voies urinaires ou dans la terminaison du tube intestinal. Nous reviendrons sur cette anomalie.

Les parties génitales externes peuvent exister à un degré de développement plus ou moins prononcé, et cependant l'ouverture vulvaire manquer. Cette occlusion peut être complète ou incomplète, congénitale ou accidentelle. Dans le premier genre, le vice de conformation le plus considérable est celui dans lequel il y a oblitération des deux canaux qui s'ouvrent entre les lèvres génitales : l'urètre et le vagin.

L'occlusion de l'urètre peut causer des dangers immédiats, tandis que les dangers par l'occlusion du vagin n'apparaissent qu'à l'époque de la menstruation. Quand il y a occlusion congéniale, il semble que le raphé du périnée se soit prolongé en haut vers le pubis, et c'est dans le degré le plus exagéré de ce vice de conformation, qu'on trouve l'oblitération de la fin de l'urètre. Ce canal n'est pas oblitéré dans les cas d'occlusion accidentelle de la vulve. Ce sont ordinairement des inflammations ulcératives, des brûlures qui donnent lieu à ce genre d'occlusion de la vulve. Voici un fait dans lequel on pourra voir les inconvénients d'une occlusion vulvaire incomplète, et qui démontrera la nécessité d'un pansement méthodique, toutes les fois qu'il y a brûlure aux parties génitales. « Une petite fille de trois ans mit, en jouant

avec un tison, le feu à ses vêtements et eut toute la partie supérieure des cuisses brûlée. Sa sœur aînée, aux soins de laquelle elle était confiée, la pansa tant bien que mal. Les deux grandes lèvres se collèrent ensemble dans toute leur étendue, excepté à leur partie supérieure où le clitoris faisait saillie en dehors. L'urine était obligée de refluer de bas en haut, pour gagner supérieurement l'intervalle des grandes lèvres; quelques gouttes s'écoulaient aussi par la partie inférieure, où l'adhérence n'était pas complète. Cette fille resta, dans cet état, jusqu'à l'âge de huit ans. A cette époque il survint un abcès urineux au périnée, qui obligea d'appeler un chirurgien. Lorsque la membrane qui unissait les grandes lèvres eût été divisée, on aperçut, au-dessous d'elle, un amas de graviers qui s'étaient déposés là comme cela a lieu chez les enfants mâles, entre le gland et le prépuce, lorsque l'ouverture de ce dernier est très-étroite. Les graviers furent enlevés, et la plaie nouvelle, pansée convenablement, laissa les deux lèvres séparées. » (*Ancien journal de Médecine*, vol. XXXIX.)

Il est moins rare de voir, sinon une occlusion, au moins un rétrécissement de la vulve par des adhérences mutuelles des lèvres génitales, adhérences survenues à la suite de chancres dont la cicatrisation n'a pas été bien dirigée. Il est arrivé que le résultat d'une faute commise avant le mariage, a été considéré comme un signe matériel de la virginité. Dupuytren fut appelé un jour pour détruire une de ces adhérences qui avait résisté à plusieurs approches conjugales. L'illustre chirurgien se garda de dissiper l'heureuse erreur du mari.

Nous avons déjà dit que l'occlusion qui comprenait le méat urinaire était directement dangereuse; que celle qui portait seulement sur l'orifice vaginal, ne l'était qu'à l'époque de la menstruation. Mais si celle-ci est incomplète, l'écoulement des règles n'est pas empêché; alors elle n'a que l'inconvénient de rendre la copulation difficile, douloureuse et incomplète, et de retarder l'accouchement. Il ne faudrait pas croire la fécondation impossible parce que l'intromission de la verge n'a pu entièrement s'opérer. Plus d'un fait dans l'histoire, viendrait prouver le contraire; celui qui est cité par Riolan est le plus remarquable : Une femme accusait son mari devant les tribunaux pour n'avoir pas rempli ses devoirs conjugaux; la plaignante fut reconnue enceinte, malgré l'occlusion de la vulve.

L'opportunité des opérations applicables à ces vices de conformation varie. Comme règle générale, dans les occlusions congénitales, M. Amussat conseille d'opérer le plus tôt possible, parce que si on attend, les adhérences acquièrent de la force et sont alors difficiles à détruire. Dans le premier cas l'arrachement, le décollement peuvent encore être faits facilement, tandis que dans le second il faut pratiquer une opération longue et douloureuse dont les résultats sont fort incertains. Chez les jeunes filles, au contraire, l'opération est très-simple, très-facile, au point que M. Amussat a pu la pratiquer pendant le sommeil, sans que la jeune fille réveillée par un peu de douleur, se doutât de la présence de l'opérateur et de l'opération. Si l'occlusion de la vulve est complète, c'est-à-dire si l'urètre lui-même est oblitéré, on doit se hâter d'ouvrir le canal, on placera même une sonde dans l'ouverture qu'on vient de pratiquer si elle a de la tendance à se rétrécir. Si, au contraire, l'urètre est libre et que le vagin seul soit oblitéré, l'opération n'est pas urgente, on peut délibérer sur l'époque à laquelle on la pratiquera. Cependant elle ne peut plus être retardée quand les règles accumulées dans le vagin, et même dans la matrice donnent lieu à de véritables accidents du côté de l'abdomen.

« Lorsque la vulve est imperforée, dit M. Amussat, les parois des grandes lèvres sont collées ou soudées, comme chez les jeunes garçons, lorsque le prépuce est adhérent au gland. Dans ce cas, il suffit d'opérer des tractions pour décoller les membranes muqueuses. J'ai rencontré deux imperforations de cette espèce, et il m'a suffi d'opérer des tractions pour obtenir la désunion. L'hymen se trouvait derrière le cul-de-sac de la vulve, dans sa position et avec sa forme ordinaire; sa couleur était blafarde. » (Observ. sur une opération de vagin artificiel, lue à l'Institut, le 2 novembre 1835, page 28.)

M. Amussat pense que par la déchirure on est bien plus sûr qu'avec le bistouri de ne pas prendre plus d'un côté que de l'autre, et que la dilatation ou guérison est bien plus simple et plus facile. Il conseille de perforer immédiatement l'hymen par une incision en T avec le bistouri si on reconnaît alors qu'il n'est pas perforé, et il regarde comme inutile de laisser un corps étranger dans l'ouverture artificielle de la vulve pour la dilater; il suffirait par précaution, de faire introduire deux fois par jour un corps mousse et poli, comme une sonde de femme, jusqu'à ce que les petites divisions fussent cicatrisées. (*Loc. cit.*)

Quand l'occlusion incomplète de la vulve a permis le coït ou qu'elle n'a pas empêché la fécondation, on peut se demander si l'opération doit être faite pendant la grossesse ou pendant l'accouchement. Nous croyons qu'on pourra attendre l'accouchement, car avant on pourrait provoquer l'avortement.

« Quelques chirurgiens, dit Boyer, consultés dès les premiers mois de la grossesse, ont pensé devoir s'abstenir de faire cette opération à cette époque où l'avortement est plus à craindre et différer jusqu'au cinquième mois où il arrive plus rarement. Quelquefois le chirurgien n'a connu cette disposition qu'au moment de l'accouchement. Dans ce cas, si la membrane était fort mince, on pourrait, comme le fit Mauriceau, se dispenser de l'inciser; la force avec laquelle le fœtus est poussé suffirait pour la rompre. Mais, si elle avait assez de consistance pour mettre quelque obstacle à l'accouchement, on ne devrait pas hésiter à en faire l'incision d'autant plus que la déchirure qui se fait à ce moment-là peut ne pas se confondre, se perdre dans la première ouverture et qu'alors il y a deux orifices au lieu d'un. C'est ce que j'ai observé chez une jeune dame : pendant le cours de la petite vérole, ses grandes lèvres s'étaient réunies dans une grande partie de leur étendue; il restait seulement, en haut, une ouverture qui donnait issue à l'urine et au sang des règles. Cette dame s'étant mariée à l'âge de vingt-deux ans, devint bientôt enceinte, malgré les difficultés que son mari éprouva à consommer le mariage. L'accouchement se fit avec tant de promptitude qu'il était terminé avant l'arrivée de l'accoucheur. Mais l'enfant, au lieu de sortir par l'ouverture qui existait à la partie antérieure des grandes lèvres, se fit une voie au travers de la cicatrice qui les unissait. L'accoucheur s'en étant aperçu conçut l'idée de réunir à l'aide de quelques points de suture les bords de cette déchirure. Mais avant de pratiquer cette opération, il désira, ainsi que le mari de la dame, s'éclairer de l'avis de quelques confrères, et nous fûmes appelés M. Sédillot et moi. Nous pensâmes que l'opération projetée était d'un succès fort incertain, et qu'en supposant qu'elle réussît, elle laisserait la malade dans la disposition défavorable où elle était relativement à l'acte de la génération et de l'accouchement; qu'il était préférable de couper la bride ou l'espèce de pont qui séparait les deux ouvertures; à la vérité, après cette section la vulve devait avoir une grande largeur; mais le mari de la malade, consulté sur ce point, ayant déclaré qu'il préférait une voie facile à celle qui lui avait offert tant d'obstacles, il fut décidé qu'on couperait la bride; je le fis sur-le-champ; les bords de l'incision et ceux de la déchirure ne tardèrent pas à se cicatriser.

» Dans un cas où, par suite d'un accouchement très-laborieux, la vulve s'était presque entièrement bouchée, Lamotte fut obligé d'inciser pendant le travail de l'accouchement la cicatrice qui empêchait de suivre les progrès du travail, mettait obstacle à l'écoulement des eaux et aurait sans doute compromis l'existence de cette femme, si l'incision n'en eût pas été faite. » (Boyer, *Maladies chirurgicales*, tom. x, pag. 316, 4e édit. 1831.)

Quand l'occlusion est incomplète, l'opération est simple : elle consiste seulement à agrandir une ouverture qui existe déjà. Une sonde cannelée, introduite dans cette ouverture, conduit alors un bistouri qui fait un simple débridement, lequel est dirigé quelquefois en haut, le plus souvent en bas.

Si l'occlusion est complète, on incisera d'abord et couche par couche les tissus qui se trouvent sur la ligne médiane en suivant la direction du raphé périnéal. Quand on aura ouvert le canal qu'on veut désobstruer, on se servira de la sonde can-

nelée, comme s'il s'agissait d'une occlusion incomplète, et on donnera au débridement l'étendue convenable. Si on ne veut pas que la cicatrisation des tissus divisés opère une nouvelle occlusion ou, du moins, un rétrécissement de l'ouverture qu'on vient de pratiquer, avec une mèche de charpie ou même une canule, on tiendra les lèvres de la plaie convenablement écartées jusqu'à leur entière cicatrisation. Affronter le côté muqueux avec le côté cutané de la plaie, comme le veut M. Velpeau, empêcherait encore mieux cette réunion.

Les parties génitales externes, au lieu de présenter l'atrophie qu'on remarque dans la plupart des occlusions dont nous venons de parler, peuvent au contraire être développées outre mesure.

§ 1. — Clitoris.

On parle de clitoris de douze pouces et plus de longueur (Moreau, *Traité prat. des accouchements*, tom. I, p. 105; Haller, *Élément. physiol.*, tom. VII, part. II.). Il est beaucoup plus commun de le trouver de la longueur du pouce : « Après la délivrance de la mère on nous engagea à voir l'enfant qui, déclaré garçon par les assistants, comblait de joie toute la famille. En l'examinant de près, nous reconnûmes que ce prétendu garçon était une fille, dont le clitoris, long d'un pouce environ, et terminé par un tubercule gros comme une petite framboise, simulant un gland non recouvert par le prépuce, en avait imposé aux femmes et aux parents. » (Moreau, *loc. cit.*)

On a pensé de tous les temps que les femmes qui présentaient ce vice de conformation avaient des penchants qui leur faisaient rechercher les individus de leur sexe ; ce seraient les *tribades :* « Les doctes africains, dit Paré, appellent telles femmes *Sahacat*, qui vaut en latin *Fricatrices ;* parce qu'elles se frottent l'une l'autre par plaisir, et véritablement elles sont atteintes de ce méchant vice d'user charnellement les unes avec les autres. » (*OEuvres complètes*, tom. III, pag. 18; édit. de 1841.)

Paré confond quelquefois le développement du clitoris avec celui des petites lèvres qui donnerait lieu aux mêmes déréglements. Le père de la chirurgie ajoute que Léon l'Africain assure « qu'il y a gens en Afrique qui vont par la ville à la mode de nos chastreux, et font métier de couper telles caroncules. » (*Loc. cit.*, pag. 19.)

Des recherches plus exactes, sur la conformation des parties génitales de ces femmes dépravées, ont prouvé à Parent Duchâtelet que le développement du clitoris est rare chez les prostituées; que ce développement, lorsqu'il existe, ne coïncide pas, chez elles, avec des penchants contre nature. Quand ce médecin a examiné des filles ou des femmes adonnées à ce vice honteux, jamais elles n'ont présenté dans leur organisation la moindre chose qui les distinguât du reste des prostituées ou du commun des femmes. (*De la prostitution, etc.*, tom. Ier, pag. 220 et suiv.)

M. Moreau n'est pas éloigné de croire qu'un clitoris volumineux, exposé dans la marche à un frottement continuel de la part des vêtements, ou par toute autre cause, puisse entretenir un état d'orgasme, de fluxion sur les organes génitaux capable de nuire à la santé de ces femmes, et de donner naissance à la nymphomanie, maladie contre laquelle, dès la plus haute antiquité, on a conseillé et employé l'amputation et la cautérisation de cet organe.

L'amputation du clitoris opérée par M. Robert, a guéri radicalement une jeune fille, conduite au marasme par la masturbation; elle lui fit perdre ses habitudes vicieuses.

Cette amputation est du reste une opération très-facile. Il serait fort inutile et même dangereux d'en pratiquer la ligature pour éviter l'hémorrhagie, qui serait réprimée par une légère cautérisation, si après l'amputation elle devenait trop abondante. Dans les cas de développement énorme du clitoris, on pourrait lier ou tordre les artérioles qui alimentent cet organe. Nous nous dispenserons d'insister sur le plus grand avantage qu'il y a de saisir le clitoris avec des pinces dentées ou non dentées, sur celui d'employer la main droite ou la main gauche; ce sont là des détails qui ne sont d'aucune utilité. Quand le clitoris est bien volumineux, on

le saisit de la main gauche comme on le fait pour la verge, et, avec un bistouri droit, on le retranche d'un coup. Si ce corps est peu volumineux, on le saisit avec des pinces à disséquer, et on le coupe avec un bistouri ou des ciseaux.

§ 2. — Grandes et petites lèvres.

Les lèvres génitales, et surtout les petites lèvres, présentent un très-grand nombre de variétés. Ces dernières sont formées parfois d'un repli de la membrane muqueuse et ne dépassent pas les grandes lèvres; d'autres fois elles acquièrent un développement et forment une saillie très-prononcée au delà des grandes lèvres; on les voit alors pendre entre les cuisses, et on les a comparées, non sans raison, à des oreilles de chien. C'est surtout chez les femmes de divers peuples africains que l'on observe ce développement prononcé des petites lèvres. Ce vice de conformation que l'on peut comparer au phymosis chez l'homme, expose davantage à la contagion syphilitique; il expose en outre à des froissements entre les cuisses dans la marche, et par suite à des irritations.

Quelquefois ces organes sont complétement absents. «Il n'est pas rare, dit Boyer, de voir des femmes chez lesquelles il n'existe presque aucune trace des parties externes de la génération, à l'exception d'un clitoris très-petit et d'une ouverture qui donne passage à l'urine; au-dessous de cette ouverture commence un raphé qui se prolonge jusqu'à l'anus. » (Tom. x, pag. 313.) Mais avec ce vice de conformation existent d'autres anomalies bien plus importantes des parties internes de la génération.

On pratique quelques opérations sur les lèvres génitales; ainsi on excise les petites quand elles prennent un développement qui gêne la marche et donne lieu à des excoriations, des inflammations avec prurit ou cuisson fort incommode. L'excision des nymphes peut être faite avec des ciseaux, si elles ne sont pas trop épaisses et trop volumineuses; dans ce dernier cas, on les emporte avec le bistouri. Pour les fixer on fera bien de se servir d'une pince à pansement. On excisera alors tout ce qui dépasse les mords de la pince. Dans le plus grand nombre des cas, il y aura une effusion de sang considérable qu'on arrêtera cependant avec des affusions froides. Si des artérioles donnent, on les saisira avec des pinces à dissection, on les mâchera ou on les tordra avec cet instrument. Il est inutile de les lier.

Cependant sur une jeune fille de douze ans qui présentait un allongement considérable des petites lèvres et dont les tissus étaient flasques, mous, colorés comme dans l'état normal et ne semblaient le siége d'aucune altération, M. Velpeau opéra de cette manière : après avoir passé préalablement quelques fils vers la base des petites lèvres un peu en deçà du point où devait porter la séparation, toute la portion allongée de ces parties fut enlevée d'un seul coup de ciseaux de chaque côté; après quoi la ligature fut faite facilement par la réunion des fils avant de faire la section, afin qu'il n'y eut aucune difficulté à rapprocher ensuite les bords de la plaie et empêcher ainsi la séparation de la peau avec la muqueuse, qui arriverait inévitablement, et pourrait entraîner mille inconvénients. (*Gazette des hôpitaux*, 1841, nº 11.)

Si on voulait exciser les grandes lèvres trop développées, on devrait s'attendre à une hémorrhagie plus sérieuse, et ici la ligature des vaisseaux serait plus sûre que la torsion. Il vaut toujours mieux pratiquer ces opérations pendant l'enfance. Si on les pratique après l'établissement des règles, on s'éloignera le plus possible des époques. Sanson a vu plusieurs fois les plaies de la vulve devenir le siége d'une hémorrhagie quand les règles arrivaient.

Les *caroncules* qui bordent l'orifice du vagin, et qui sont pour ainsi dire une doublure des lèvres génitales, prennent quelquefois un développement extraordinaire. On observe ce phénomène chez les femmes qui ont eu plusieurs enfants et qui ont abusé du coït. Les chirurgiens qui ont l'habitude de traiter les maladies des femmes, ne confondent pas ces caroncules qui sont des développements d'organes, avec des excroissances vénériennes ou polypiformes. Mais les praticiens qui n'ont pas la même expérience peuvent commettre cette erreur. Les femmes surtout, sont

souvent tourmentées par la présence de ces corps, et voyant que les autres femmes ne les portent pas, elles viennent nous consulter. On voit alors que ces excroissances ont la même consistance, la même couleur que le vagin; elles ne sont le siége d'aucune sensibilité particulière; elles ne saignent pas par un frottement même un peu rude. Cependant comme elles peuvent quelquefois gêner le coït, si on est appelé à les exciser, on procédera comme nous l'avons dit pour l'excision des petites lèvres.

M. Moreau cite un cas remarquable du développement d'une caroncule : il s'agit d'une dame qu'il avait accouchée dix mois avant, et qui le fit appeler pour la débarrasser d'une incommodité qu'elle attribuait à une portion du cordon ombilical que, disait-elle, on lui avait laissée lors de sa délivrance. En examinant cette dame, M. Moreau trouva à la partie postérieure de la vulve, une production charnue longue de deux pouces environ, grosse comme le tuyau d'une plume à écrire, qui était formée par le développement insolite de la caroncule myrtiforme inférieure et gauche : un simple coup de ciseaux suffit pour débarrasser cette dame de cette excroissance.

Ici se place naturellement une observation empruntée au livre de Dugès et Madame Boivin, qui prouve de nouveau le développement que peuvent avoir les débris de l'hymen. On devra se rappeler ce fait et les réflexions qui suivent quand on voudra établir un bon diagnostic des tumeurs et excroissances plus ou moins pédiculées de la vulve.

« Madame X..., âgée de vingt-quatre ans, d'un tempérament marqué par la prédominance du système nerveux, n'a été réglée qu'à dix-neuf ans; l'écoulement menstruel se fait avec difficulté; il est précédé et accompagné de douleurs vives dans les lombes, de tranchées utérines, et quelquefois même de fièvre. Mariée à vingt ans, madame X... est enceinte quelques mois après. Tourmentée de l'idée que l'obstacle qui s'oppose au libre écoulement des règles peut aussi gêner l'accouchement, elle se décide à consulter un médecin. L'exploration des parties fait reconnaître la présence de la membrane hymen, percée d'une petite ouverture : notre confrère pense qu'il est inutile de diviser la membrane vaginale, qui sera déchirée dans les efforts de l'accouchement. Le travail est long et pénible; madame X... prétend qu'un bruit perçu facilement par elle et les assistants, leur a annoncé la rupture de l'hymen. Les suites des couches sont naturelles. Quand madame X... se lève, elle s'aperçoit qu'une excroissance de chair est appendue à la partie postérieure de la vulve. Peu à peu cette tumeur s'étend, et, au bout d'un an, elle est longue de deux pouces environ et exposée à une pression douloureuse quand madame X... est assise; enfin elle veut à tout prix en être débarrassée. Je suis consulté et je reconnais une tumeur pyriforme, mobile dans ses trois quarts inférieurs, mais adhérente en haut et par son sommet à la partie interne et postérieure de la nymphe droite. Celle-ci est divisée à sa partie moyenne. La tumeur, de couleur rougeâtre, est molle et recouvre par sa base les caroncules myrtiformes et la partie postérieure de l'orifice vaginal.

» Supposant qu'aucun inconvénient n'est attaché à l'ablation de la tumeur, c'est au moyen du bistouri que je détruis l'adhérence interne existant entre la nymphe et le haut de la tumeur. Je me sers de ciseaux pour en pratiquer la rescision. Peu de sang s'écoule d'abord. Des accidents nerveux se manifestent et cèdent presque instantanément à l'administration d'une potion opiacée... Survient une hémorrhagie très-grave...

» Disons notre opinion sur la cause et la nature d'une tumeur dont la rescision a failli être funeste. La membrane hymen a existé jusqu'au moment de la parturition; déchirée alors par les efforts du travail, elle a contracté des adhérences avec la petite lèvre droite, qui aussi, et par la même cause, a été rupturée. Ne sait-on pas que ce dernier accident, sans être fréquent, n'est toutefois pas sans exemple? Il arrive lors d'un premier accouchement, quand les douleurs se succèdent avec rapidité, que la tête de l'enfant s'engage brusquement dans le vagin et traverse instantanément la vulve. Quant au caractère de la tumeur, on ne pouvait

y méconnaître le tissu érectile. Après l'opération, je coupai en plusieurs directions la partie enlevée, et je pus facilement distinguer de nombreux vaisseaux rampant dans un tissu cellulaire à mailles serrées. » (Observation communiquée par M. le profes. Dubreuil à Dugès. *Maladies de l'utérus*, t. II, p. 642.)

Mme Boivin pense que l'hymen, quand il existe encore des brides, des cicatrices, est souvent déchiré dans le travail de l'accouchement; elle dit avoir vu un lambeau de la membrane interne du vagin ou des grandes lèvres, être entraîné au dehors et rester ainsi pendant jusqu'à ce qu'elle l'eût retranché par excision ou par ligature. La même opération a été nécessitée par le déchirement presque complet d'une des nymphes qui ne tenait plus aux autres parties que par un étroit pédicule.

« Les anciens et quelques peuples modernes, non contents d'une exacte surveillance et de la reclusion pour empêcher l'union des sexes, ont imaginé d'opérer la réunion des grandes lèvres au moyen d'une suture faite avec un fil ciré; ils ne laissent qu'une petite ouverture pour la sortie des urines et des menstrues. Cette opération se pratique dans l'enfance, on l'appelle *infibulation;* elle est employée dans l'Inde, la Perse, et dans presque tout l'Orient. (Tavernier, *Voyages*, tom. II; Thévenot, *Relat. Orient.*, liv. II, chap. 74.) Linschot l'a vu pratiquer au Pégu; elle est généralement usitée au Darfour et en Abyssinie. (Brown, *Voyage en Afrique et en Egypte.*) A l'époque du mariage, un coup de bistouri opère la division des parties soudées par l'effet de cette suture. (Buffon, tom. VI; Pauw, *Recherches sur les Egyptiens*, tom. II, pag. 207.) Quelquefois, au lieu de suture, on insère aux grandes lèvres un anneau d'or, d'argent ou de tout autre métal, qui tient ces parties jointes ensemble et empêche les approches de l'homme. Cette pratique est employée aussi pour empêcher les jeunes cavales de porter. L'anneau s'oppose aux approches de l'étalon. » (*Dict. des Scienc. Méd.*, art. Vulve, tom. LVIII, pag. 409.) Au lieu de l'*infibulation*, on a quelquefois entouré la vulve d'un appareil qui avait une seule ouverture, hérissée de dents de fer.

§ 3. — Méat urinaire.

Le méat urinaire reste souvent libre quand il y a occlusion du vagin; mais il arrive aussi qu'il est oblitéré avec le reste de la vulve. Il peut l'être même celle-ci étant bien conformée; mais alors existe dans le plus grand nombre des cas une anomalie dans un autre point des voies urinaires.

« La cavité de l'ouraque est quelquefois conservée; ce canal peut alors s'ouvrir à l'ombilic, tandis que le méat urinaire n'a pu se former : ici il y a nécessairement incontinence d'urine; elle sort en bavant, parce qu'autour de cette ouverture il n'existe aucun appareil musculaire spécial pour retenir ou projeter le liquide à la volonté de l'individu. Les exemples de cette anomalie sont moins fréquents qu'on ne le pense, et je suis persuadé qu'on a souvent considéré comme tels certains vices de conformation de la vessie et des uretères. Mais le fait de mademoiselle de Varic est très-authentique.» (Vidal, *Mémoire sur les vices de conformation de l'urètre.*)

Elle avait, dit Cabrol, l'ombilic allongé de quatre doigts, semblable à la crête d'un coq d'Inde; elle pissait ordinairement par l'ouraque. Je trouvai l'orifice de la vessie fermé d'une membrane épaisse comme un teston au plus. (Cabrol, *Alph. anat.*, obs. X.). Cabrol divisa cette membrane, introduisit une canule de plomb dans la vessie, fit la suture de l'ouraque et obtint un plein succès. Littre communiqua, en 1701, une histoire semblable à l'Académie des sciences. Le sujet était une fille qui portait une chair fongueuse, bouchant le col de la vessie. D'autres faits sont rapportés dans l'ancien *Journal de Médecine* (t. XXIV). Nous ne considérons pas celui de M. l'Évêque comme authentique; les deux autres méritent plus de confiance.

« On reconnaît rarement ce vice de conformation (l'oblitération du méat urinaire) au moment même de la naissance; mais bientôt on s'aperçoit que l'enfant n'urine pas; il crie, il s'agite : en peu de temps, la région hypogastrique présente une tumeur ovale, formée par la vessie distendue. Ces circonstances conduisant à examiner l'orifice de l'urètre, on recon-

naît qu'il est bouché par une membrane mince, ordinairement poussée par l'urine accumulée dans le conduit et dont la distension augmente quand l'enfant contracte les muscles abdominaux. » (Boyer, t. x, p. 334.)

On profite de l'instant où la cloison fait saillie, pour l'ouvrir, comme on le fait quand il s'agit d'un abcès. On peut pratiquer cette petite opération avec la pointe d'un bistouri droit ou avec une lancette. Pendant quelque temps on laissera à demeure dans l'urètre une sonde, dont on augmentera peu à peu le diamètre.

L'orifice de l'urètre peut être plus développé que dans l'état normal. Il est quelquefois bordé par des replis qui ressemblent assez à des hémorrhoïdes flétries, à des caroncules. On y a vu de petits polypes et des excroissances vénériennes. On peut exciser avec de petits ciseaux ces excroissances qui gênent l'émission des urines. Après l'excision, on fera bien de cautériser, surtout si ce sont des excroissances vénériennes ou des polypes. Il est bien entendu que dans le cas de végétations vénériennes, on aura administré ou on administrera le traitement général. Nous reviendrons sur ces excroissances diverses de l'urètre.

ARTICLE II.

Contusions, plaies, déchirures de la vulve.

Les plaies de la vulve par instruments tranchants ou piquants sont rares; les solutions de continuité les plus fréquentes de cette partie ont lieu à la suite d'une chute sur un corps dur; elles doivent donc être avec plus ou moins de contusion. Voici les faits les plus remarquables qui se rattachent à cette lésion.

Obs. 1re. « La femme d'un fermier voulait monter l'escalier d'un cimetière pour aller à l'église, son pied glissa; elle fut arrêtée par cet escalier, qui était une pierre à rebord un peu carrée, sur lequel elle tomba. Cette chute donna lieu à une contusion assez considérable, avec une plaie telle qu'on l'aurait pu faire avec un instrument bien tranchant; cette plaie, qui avait trois travers de doigt de longueur, était située dans le milieu de la grande lèvre, du côté droit. Le mari m'étant venu chercher en diligence, je me rendis auprès de cette femme, qui avait perdu beaucoup de sang; mais à mon arrivée, l'hémorrhagie était arrêtée, ce qui me fit donner toute mon attention au pansement de la plaie. Le lendemain, la contusion était effacée et la plaie d'une étendue moindre. Cette femme fut guérie en huit à dix jours.

Obs. 2. » Une femme passa par-dessus une barrière, au-dessus de laquelle régnaient plusieurs fuseaux aigus, qui la menaçaient du péril auquel elle s'exposait en mettant son pied sur un pieu planté d'un côté, et l'autre pied sur le fossé du côté de l'herbage, ce qu'elle continua de faire tant de fois, que le pied lui ayant manqué, elle resta non-seulement arrêtée sur une pierre, mais en quelque façon empalée sur un de ces fuseaux, qui lui entra dans le vagin; l'on me vint prier d'y aller au plus tôt... Je ne trouvai qu'une légère contusion aux grandes lèvres de la vulve, qui paraissaient avoir souffert toutes deux également, mais pourtant un peu plus du côté droit, qui était celui le long duquel le fuseau avait fait le plus de violence, à la profondeur de deux travers de doigt au dedans du vagin, qui n'était qu'excorié, la plaie ne pouvant aller guère plus avant sans le percer; ce qui en était assez pour ouvrir les vaisseaux qui viennent s'y rendre et donner occasion à la perte de la quantité de sang que je vis répandue dans le peu de chemin qu'il y avait de la maison à l'herbage, d'où elle eut tant de peine à revenir, qu'elle s'évanouit quatre fois, qui étaient marquées par les places de sang dont j'ai parlé. Je la pansai avec l'eau-de-vie, et le reste (comme les blessés dont je viens de parler), tant au dedans qu'au dehors; je n'y retournai que deux fois, après quoi elle fut en état de se panser elle-même, et tirée d'une inquiétude mortelle, par la crainte d'être blessée pour le reste de ses jours. Elle ne passa plus par-dessus la barrière; elle l'ouvrit toujours depuis. » (De la Motte, *Traité complet de chirurgie*, tom. II, 3e édition, pag. 135 et suiv.)

Obs. 3. « Une fille adulte tomba sur le pommeau d'une chaise, se déchira pro-

fondément une des grandes lèvres, la petite lèvre du même côté et une partie du vagin. Une hémorrhagie considérable, suivie de syncopes alarmantes, fut le résultat de cette blessure. On fit appeler M. Sédillot jeune, qui arrêta promptement l'effusion du sang en tamponnant le vagin. La suppuration s'établit peu de jours après, et la guérison ne se fit pas attendre.» (*Journ. général*, t. I, p. 459.)

Ces observations prouvent que les blessures de la vulve peuvent être avec une issue assez considérable de sang pour constituer une hémorrhagie grave. Ces plaies seraient beaucoup plus graves si, dans l'épaisseur des lèvres génitales existait une hernie, surtout si cette hernie était intestinale. La complication d'un intestin blessé rendrait la lésion souvent mortelle. La grossesse est aussi une complication très-grave ; car dans cet état, les lèvres génitales sont plus gorgées de sang ; elles sont souvent variqueuses, deux circonstances qui peuvent favoriser l'hémorrhagie, et même la rendre mortelle.

Voici un exemple qui vient à l'appui de ce que nous avançons. Ce fait est remarquable sous un autre rapport que nous ferons ressortir.

Obs. 4. « Le 28 mai 1772, une femme grosse de six mois, juchée sur une chaise d'un pied de haut, le bras fortement étendu pour atteindre un corps éloigné, se laisse doucement tomber sur le carreau ; elle se relève, ne sent pas qu'elle se soit blessée, et cependant se voit inondée de sang. La sage-femme accourt, juge que le sang provient de l'utérus et me fait appeler. J'arrive cinq quarts d'heure après l'accident. La femme était déjà morte, noyée dans son sang. Je pratiquai l'opération césarienne. En cherchant la source de l'hémorrhagie, je reconnus qu'elle ne provenait en aucune manière de la matrice; mais la grande lèvre droite de la vulve était tuméfiée, violette, infiltrée de sang et déchirée transversalement dans l'étendue d'un pouce. En portant le doigt dans cette déchirure, je tombai dans un sac qui pouvait contenir trois onces de liquide; il était entrecoupé de petites brides celluleuses et rempli de caillots de sang noir. » (Dujardin, *Histoire de la Chirurgie*, tom. II, pag. 784.)

Comme, dans les détails, il n'est pas dit comment, dans la chute, la vulve porta sur le corps qui l'a blessée, on a prétendu qu'il y avait eu ici rupture spontanée. Ce serait une rupture d'un vaisseau sanguin due à la commotion ou à l'allongement forcé du bras ! Il est bien plus naturel de penser que la grande lèvre a porté sur le montant de la chaise, surtout si on remarque qu'à l'autopsie cette grande lèvre a été trouvée divisée en travers *dans l'étendue d'un pouce.*

Les solutions de continuité les plus fréquentes de la vulve sont celles qui ont lieu à la suite d'un accouchement chez une primipare robuste et dont le dernier temps de cette fonction s'est effectué trop rapidement, avant que les parties molles aient subi les préparations nécessaires. Ces déchirures portent ordinairement sur la partie de la vulve qu'on appelle la *fourchette.* Comme nous venons de l'indiquer, ces déchirures sont légères, peu profondes. Mais, dit Gardien, elles sont assez douloureuses pour dissuader de recourir à la section que les sages-femmes ont pratiquée pendant longtemps avec l'ongle sur ces parties. Quand ces déchirures sont prolongées, le périnée lui-même se trouve divisé et il y a communication directe du vagin avec le rectum, ce qui constitue une lésion dont nous nous occuperons plus tard.

Des chirurgiens ont été appelés pour des déchirures de la vulve, survenues par suite de *cassures* de pots de chambre sur lesquels les malades étaient appuyées. Ces déchirures étaient quelquefois assez profondes et assez étendues pour les forcer à avoir recours à la suture enchevillée.

Les déchirures qui ne portent que sur la vulve et une petite partie du périnée, sont très-avantageusement traitées par le repos, la position horizontale, la flexion et le rapprochement des cuisses. Des lotions d'abord émollientes, puis faites avec du vin chaud, aident ordinairement la réparation de ces brèches faites à la vulve par un accouchement dont le dernier temps s'est effectué trop promptement, comme nous l'avons dit.

Les blessures de la vulve qui sont avec hémorrhagie doivent être traitées plus ac-

tivement. Il faut chercher le vaisseau qui a été ouvert : si c'est une artère, la lier, la tordre ou la mâcher avec les pinces à disséquer. Dans le plus grand nombre des cas, ce sont des veines, qui pendant la grossesse sont plus ou moins développées, qu'on a trouvées ouvertes. Les réfrigérants, une compression méthodique, un tamponnement, pourront arrêter cette hémorrhagie. Mais malheureusement, quand il y a grossesse, on se trompe souvent sur le siége de l'hémorrhagie : on croit qu'elle vient de la matrice ; on fait des saignées, on met en usage les moyens généraux, et on néglige d'aller à la recherche de la solution de continuité sur laquelle il faudrait directement agir, si on voulait arrêter plus sûrement l'hémorrhagie. Il faut donc que le praticien, prévenu de cette cause d'erreur, se livre à un examen minutieux des parties génitales, quand, après une chute, il y a hémorrhagie de ce côté.

Dans les questions relatives aux solutions de continuité de la vulve par causes externes, se trouvent des questions de médecine légale, la principale est celle du *viol*. C'est un sujet sur lequel nous aurons occasion de revenir dans la partie de cet ouvrage destinée à la médecine légale ; en attendant nous croyons être utile aux praticiens en transcrivant ici l'extrait d'un rapport de Dugès ; il s'agit d'une petite fille *âgée de quatre ans* qui paraissait avoir souffert des violences et atteintes graves à la pudeur.

« Nous soussignés, etc., en présence et à la réquisition de M. le substitut du procureur du Roi, avons trouvé d'abord les parties sexuelles conformées comme elles le sont naturellement à cet âge, mais portant les lésions suivantes : 1° à la partie supérieure et latérale droite du mont de Vénus, une trace d'érosion déjà desséchée ; toute cette région paraît douloureuse à la pression ; 2° les petites lèvres rouges et gonflées, et à la partie externe de la nymphe droite une déchirure superficielle et longitudinale, rouge et aussi un peu enflammée ; 3° au-dessus de la fourchette qui est intacte, une vive rougeur avec érosion occupant toute la fosse naviculaire et se propageant à l'orifice intérieur du vagin qui paraît élargi, et dont les parois sont tuméfiées ; toutes ces parties sont extrêmement sensibles et douloureuses. L'excrétion de l'urine est difficile et accompagnée de douleurs fort vives.

» D'après les résultats de cet examen, nous pensons que les lésions observées ne peuvent être que l'effet récent de tentatives répétées d'introduction violente d'un corps contondant assez volumineux.

» Les dépositions des témoins et la fuite du coupable décelaient assez la nature du corps vulnérant, pour qu'on pût conclure à la réalité d'un viol qui n'avait pu être consommé totalement, à cause des dimensions naturelles à pareil âge dans les organes génitaux. » (*Maladies de l'utérus*, tom. II, pag. 631 et suiv.)

ARTICLE III.

Tumeurs sanguines de la vulve.

Leur couleur est bleuâtre, violacée ou brune. Elles se forment en peu de temps et acquièrent rapidement du volume ; elles occasionnent une tension assez forte et gênent ordinairement la marche ; mais les douleurs y sont rarement vives.

Ces tumeurs peuvent être produites par des coups, des chutes, à la suite desquelles, au lieu de s'échapper au dehors, le sang s'accumule dans l'épaisseur des lèvres et produit des tumeurs plus ou moins considérables. Il peut encore se former par les contusions, les froissements de la vulve pendant l'accouchement ou hors le temps de l'accouchement, des tumeurs sanguines analogues à l'hématocèle ; ces tumeurs peuvent même se produire d'une manière spontanée ; on peut les considérer alors comme des apoplexies des grandes lèvres. Boyer dit avoir vu une de ces tumeurs spontanées chez une jeune fille qui avait eu une attaque d'épilepsie ; il est probable que pendant cette attaque la grande lèvre avait été exposée à un froissement quelconque.

Les tumeurs sanguines occupent rarement les deux grandes lèvres à la fois, lors même qu'elles se manifestent par suite de l'accouchement. Elles varient de la grosseur du poing à celle de la tête d'un enfant.

On verra, dans l'exemple qui suit, que le volume de ces tumeurs peut être encore plus considérable que celui indiqué ci-

dessus. Ce fait sera de plus une nouvelle preuve des dangers des lésions physiques de la vulve pendant la grossesse. Il prouve encore qu'à la suite d'un coup porté dans le voisinage des parties génitales, ce sont elles cependant qui sont le siége de la tumeur.

Obs. 1. « Casaubon rapporte qu'une femme de trente ans, grosse de sept mois, reçut sur les fesses un coup de pied qui la renversa. A l'instant même, il parut, au bas de la vulve, une petite tumeur qui égala promptement la grosseur d'une tête d'enfant. La sage-femme qui fut mandée ayant fait mettre la malade au lit, et s'étant assurée que ce n'était ni la poche des eaux, ni la tête de l'enfant qui formait la tumeur, l'attribua à un renversement du vagin et voulut en faire la réduction. Mais cette poche se creva du côté gauche, ce qui donna issue à un caillot énorme, suivi d'une hémorrhagie à laquelle la malade succomba bientôt. Après avoir pratiqué l'opération césarienne, au moyen de laquelle il retira un enfant vivant, Casaubon rechercha d'où pouvait provenir l'hémorrhagie. Le placenta était adhérent partout. Il ouvrit la poche d'où le sang était sorti ; il y introduisit la main et reconnut que le foyer était entre le vagin et les parties circonvoisines, qui en avaient été écartées par le sang. » (*Journal général de Médecine*, tome I, page 456.)

On dira peut-être qu'ici le vagin était plus ou moins lésé : c'est impossible autrement, quand la lésion est étendue. On verra, quand il sera question des tumeurs sanguines du vagin, qu'il est rare de ne pas les trouver s'étendant plus ou moins vers une des lèvres génitales.

Voici un des faits exceptionnels qui prouvent que, même pendant une grossesse avancée, les contusions de la vulve sont peu graves.

Obs. 2. « J'ai vu, dit Berdot, une tumeur sanguine des grandes lèvres chez une femme grosse de sept mois, qui s'était heurtée contre le bout d'un timon de chariot. La tumeur, qui en peu de temps devint très-volumineuse, fut ouverte avec la lancette ; il en sortit quelques verres de sang en partie coagulé. En peu de jours la femme a été guérie sans accidents. » (*Abrégé de l'art d'accoucher*, t. II, p. 523.)

Nous terminerons ces observations par celle du célèbre Hunter, qui trace la conduite à suivre dans de pareils cas.

Obs. 3. « Madame B*** tomba à la renverse sur un seau qui était derrière elle. La grande lèvre gauche porta sur l'anse du seau et supporta tout le poids du corps. Cinq minutes après la chute, cette partie, qui avait été contuse, devint le siége d'une tumeur considérable, avec fluctuation. Etant porté à croire qu'une petite artère avait été rompue et donnait lieu à l'extravasation du sang, je saignai la malade et je fis appliquer des cataplasmes sur la tumeur, pour diminuer la distension de la peau. Je me gardai bien de l'ouvrir, craignant que l'hémorrhagie, suspendue par la pression que le sang extravasé exerçait sur le vaisseau rompu, ne vînt à reparaître. Quelques heures après l'accident, elle s'ouvrit d'elle-même, et il sortit une assez grande quantité de sang. Les cataplasmes furent continués. A chaque pansement, il s'écoulait du sang, dont la quantité diminuait de jour en jour. La contusion avait été si forte, qu'une partie de la peau tomba en gangrène, et la séparation de l'escarre vint agrandir l'ouverture du foyer. Au bout de quinze jours, il ne restait qu'une plaie superficielle ayant un pouce de longueur sur un demi-pouce de largeur. » (Hunter, *Traité sur le sang*, etc., t. II, p. 15.)

Voici les réflexions que fait M. Deneux relativement à cette observation : « Il n'est pas probable que, dans ce cas, le sang ait été fourni par une artère ; ce n'est point de la sorte que se terminent les lésions du système artériel, et la manière dont la guérison s'est effectuée me porte à croire qu'il y avait seulement rupture d'une ou de plusieurs veines. L'élasticité différente de la peau et du tissu veineux permet facilement de comprendre pourquoi la première a résisté d'abord à la cause vulnérante, pour ne céder ensuite qu'à une grande distension. Ce fait présente une analogie parfaite avec les tumeurs sanguines qui surviennent dans toute autre partie du corps par suite de contusion. » (*Mémoire sur les tumeurs sanguines de la vulve et du vagin*, par Deneux, p. 5.)

M. Velpeau décrit les tumeurs san-

guines qui nous occupent, sous le titre de *thrombus* (*De la contusion dans tous les organes*, thèse de concours, Paris 1833). Cette thèse étant épuisée, nous croyons devoir rapporter ici textuellement le passage suivant : « Ces tumeurs, dit M. Velpeau, sont si loin d'être rares hors l'état de grossesse, qu'il s'en est déjà présenté cinq à la Pitié depuis le 1er janvier 1833. L'une avait été causée par un coup de pied, l'autre par une chute sur le brancard d'une voiture, et les trois dernières probablement par l'abus du coït. N'en ayant rencontré que huit exemples pendant la grossesse ou comme dépendant de l'accouchement, et l'ayant au contraire observée plus de quinze fois hors cet état, je serais même assez disposé à croire que les femmes grosses n'y sont guères plus sujettes que les autres.

» Les filles publiques ou les femmes qui se livrent sans ménagement aux plaisirs vénériens, sont celles qui me l'ont le plus souvent offerte. J'en ai rencontré une chez une jeune personne de quatorze ans, à peine pubère, et qui prétendait avoir été violée. Hors le temps de la gestation elles acquièrent en général moins de volume que chez les femmes enceintes. Comme les malades consentent aussi moins facilement à s'en plaindre, ces tumeurs ont le temps de s'enflammer, et sont souvent confondues avec un abcès par les praticiens et même par les personnes qui en sont affectées. Celles qui s'enflamment et qui ont leur siége en arrière et très-près du vagin, donnent issue, quand on les ouvre, à des caillots mêlés de pus ou à du pus mêlé de caillots sanguins, et répandent une odeur de matières stercorales, une fétidité qui ferait croire de prime abord qu'on vient de plonger le bistouri dans un abcès gangréneux de l'anus. Une jeune fille, grasse et très-fraîche, en a donné la preuve aux élèves de la Pitié dans le mois de mai 1833. La même chose existait, au reste, chez une autre dont les foyers sanguins reconnaissaient pour cause un accouchement terminé par le forceps. L'odeur tient ici au voisinage du rectum ou de canaux tapissés par une membrane muqueuse, et se transmet aux dépôts sanguins de la vulve par le même mécanisme que dans certains abcès de la marge de l'anus, des parois du ventre et du contour de la bouche. Il importe que le chirurgien soit prévenu de la possibilité, afin de ne pas croire trop legèrement à une perforation de l'intestin.

» Même quand ils ne s'enflamment pas, les foyers sanguins de la vulve formés au moment de l'accouchement, ou peu de temps après, causent quelquefois de vives douleurs. J'ai vu deux malades auxquelles ils arrachaient des cris perçants. Autrement ils peuvent au contraire, comme dans les autres régions du corps, être assez longtemps supportés sans déterminer beaucoup de souffrance. Au mont de Vénus et dans la portion inguinale de la vulve, ils ne produisent pas autant de réaction que dans la moitié inférieure des grandes lèvres. N'est-ce pas à leur dégénérescence dans ce lieu, quand on ne les ouvre pas ou quand ils ne s'ouvrent pas d'eux-mêmes, que sont dues quelques-unes des tumeurs enkystées, pleines de matières gélatineuses, roussâtres, onctueuses, de couches stratifiées que j'y ai rencontrées déjà plusieurs fois et dont on trouve deux exemples dans P. Patier, qui dit qu'une tumeur de la grosseur d'un œuf que portaient deux dames à la vulve, était remplie de *substances glaireuses comme du blanc d'œuf?*

» Lorsque le thrombus de la vulve a son siége très-haut, la teinte violacée ou bleuâtre de la peau permet rarement de le méconnaître ; en bas et dans la profondeur des grandes lèvres, il peut au contraire n'être accompagné d'aucune ecchymose, surtout lorsque plusieurs jours se sont écoulés depuis son apparition.

» La circonstance d'un coup, d'une chute, la fluctuation obscure et les autres signes connus du dépôt sanguin, en rendent le diagnostic assez facile. S'il a pu en imposer pour une hernie, pour un renversement du vagin, pour un renversement de matrice, pour une chute de l'intestin dans les cas cités par Macbride, Casaubon, Coutouly, Peu, c'est que la nature n'en avait pas encore été suffisamment éclairée.

» La résolution pure et simple est moins facile que dans beaucoup d'autres régions; elle a cependant été observée par des praticiens recommandables, et je l'ai

vue moi-même deux fois. Plus souvent il se transforme en phlegmon, et se comporte à la manière d'un abcès. C'est lorsque ce thrombus reste indolent et qu'on l'abandonne à lui-même qu'il peut se présenter plus tard sous l'aspect de tumeurs en apparence fort différentes. » (Pag. 111 et suiv.)

Les tumeurs sanguines de la vulve sont quelquefois frappées de gangrène. M. Vidal dit avoir observé deux fois cet accident chez des femmes vénériennes qui avaient eu des accouchements laborieux. Nous reviendrons sur ces lésions quand il sera question des tumeurs sanguines du vagin; nous mettrons alors à profit le travail de M. Deneux.

Ce sont premièrement des topiques résolutifs qui sont appliqués sur les tumeurs sanguines. Ceux qui suivent la pratique de Boyer se bornent à ces moyens quand les tumeurs sont petites; mais quand leur volume est considérable, ces praticiens font une incision sur la face interne de la grande lèvre pour éviter la gangrène. D'après M. Velpeau, on ne doit compter que très-peu sur l'efficacité des topiques résolutifs, lorsque la tumeur est fluctuante, volumineuse, bien circonscrite; et, même dans les autres cas, il est, d'après lui, inutile d'insister sur leur emploi lorsque, après une semaine ou deux, ils ne produisent pas d'effets sensibles. Quand la tumeur présentera des pulsations, on ne se hâtera pas d'ouvrir; il vaudra mieux suivre l'exemple de Hunter. Dans le plus grand nombre des cas, de simples cataplasmes suffisent, et même le repos seul a souvent été employé avec le même avantage. Les incisions ne devraient être faites que dans les cas de tension extrême et quand il y a une espèce d'étranglement des tissus. Quand on est obligé de pratiquer l'incision, il vaut mieux la faire sur la surface cutanée de la tumeur que sur la surface muqueuse. La raison de ce procédé sera donnée quand il sera question des abcès de la vulve.

Nous avons examiné dans ce paragraphe les tumeurs sanguines de la vulve comme lésions tout à fait physiques produites par des causes externes; quand il sera question des maladies du vagin, nous reviendrons sur ces tumeurs de la vulve qui, alors, se lieront intimement aux mêmes tumeurs du vagin. Ces lésions seront étudiées dans leurs rapports avec la grossesse et surtout avec la parturition.

ARTICLE IV.

Hernies vulvaires, ou dans la lèvre de la vulve. (J. Cloquet.)

A. Cooper appelait cette hernie *pudendal hernia*. La tumeur formée par cette hernie paraît, à l'extérieur, un peu au-dessus d'une ligne qui, partant de l'orifice extérieur du vagin, se dirigerait de dedans en dehors. (A. Cooper, *Œuvres chirurgicales*, traduct. française, p. 360.) Cette hernie débute comme la hernie périnéale et la hernie vaginale latérale. Elle pousse d'abord en bas le péritoine, qui va du vagin au rectum, et puis, au lieu de se développer dans le premier de ces canaux comme la hernie vaginale, au lieu de proéminer sur un point très-voisin de l'anus, comme la hernie périnéale, la hernie vulvaire se développe surtout dans l'épaisseur de la grande lèvre, sur le point indiqué par A. Cooper; pour y parvenir, les organes déplacés passent d'abord derrière un ligament large de l'utérus, poussent devant eux le péritoine dans le sillon rempli de tissu cellulaire qui sépare le vagin du rectum; puis ces organes écartent les fibres des aponévroses périnéales, celles du muscle releveur de l'anus au moment où il va s'insérer sur les côtés du vagin. D'après cette marche de la hernie et le siége que son fond va occuper, on peut prévoir que l'artère vaginale sera placée en dedans du sac, l'artère honteuse interne en dehors. La position de ces deux vaisseaux fait entrevoir la nécessité d'un débridement méthodique dans le cas d'étranglement.

Ces hernies vulvaires sont très-rares. Nous n'en connaissons encore que trois cas authentiques. Deux appartiennent à A. Cooper, le troisième a été communiqué à Murat par M. Cloquet (*Dict. des Scienc. Méd.*, art. Vulve). Il est remarquable que ces hernies sont survenues chez de jeunes femmes; en effet, les deux de Cooper n'avaient que 22 ans, celle de M. J. Cloquet avait 24 ans. Quand Law-

rence écrivit son ouvrage (*Traité des hernies*, trad. de Béclard et J. Cloquet), il n'y en avait qu'un exemple dans la science. Dans le Dictionnaire des Sciences médicale on en trouve deux. Nous citerons en entier, les trois observations que nous avons pu recueillir, car elles tiendront lieu d'une description générale qui d'ailleurs ne pourrait être qu'incomplète ou erronée vu l'insuffisance des faits.

Mais comme ces observations ne contiennent que peu d'éléments pour le diagnostic différentiel, disons un mot de celui-ci en nous servant de l'analogie et des faits connus relatifs à d'autres tumeurs qui peuvent les simuler. Nous avons déjà dit que le point de départ des hernies vaginales et périnéales était le même que le point de départ de la hernie qui nous occupe. Ainsi le collet du sac pourrait avoir le même siége dans ces trois espèces. Mais le siége du corps de la hernie est dans le vagin ou sur un point du périnée dans les deux premières espèces. Il est ici dans la grande lèvre; mais la hernie vaginale peut parvenir aussi dans la grande lèvre, et des tumeurs non herniaires peuvent se développer dans cette duplicature. Voici comment M. Vidal établit le diagnostic de ces tumeurs :

« La hernie de la grande lèvre se distinguera de la hernie inguinale par sa direction qu'on pourra suivre par le toucher vaginal ; l'anneau inguinal et la partie supérieure de la grande lèvre seront libres ; elle se distinguera d'un kyste et d'un abcès de la grande lèvre par le prolongement qu'elle envoie entre l'ischion et le vagin, vers la cavité ventrale, par l'absence de la fluctuation et par les caractères généraux des hernies qui sont la réductibilité, la disparition de la tumeur dans la position horizontale, son retour dans l'attitude verticale, son gonflement, sa tension dans la toux et les efforts. » (*Pathologie externe*, tom. v, pag. 76.)

Obs. 1re. « La domestique du garde-magasin de l'hôpital Saint-Louis, jeune fille âgée de vingt-quatre ans, d'une constitution sèche et nerveuse, vint me consulter, dit M. Cloquet, au mois de février de la présente année, sur une maladie qui lui était survenue depuis peu de temps aux organes extérieurs de la génération. L'ayant examinée, je trouvai dans la partie postérieure de la grande lèvre droite une tumeur arrondie, rénitente, du volume d'un gros marron, qui soulevait la peau et faisait saillie en dedans de la vulve. Cette tumeur, un peu douloureuse au toucher, se prolongeait à la partie latérale droite du vagin, sous la forme d'une saillie longitudinale, longue de deux pouces environ, dure et résistante; la pression exercée avec le doigt, sur cette dernière portion, n'y occasionnait que des douleurs sourdes.

» La tumeur augmentait sensiblement de volume, devenait plus dure et plus tendue lorsqu'on faisait tousser la malade. La jeune fille y ressentait de temps à autre des engourdissements, et éprouvait de légères coliques dans toute la partie inférieure de la cavité abdominale ; du reste les autres fonctions s'exerçaient librement, à l'exception de la marche, qui était pénible à raison de la gêne que produisait la tumeur par son volume, et des douleurs qui s'y manifestaient lorsque la malade s'était fatiguée par quelque exercice forcé. Cette tumeur avait paru peu à peu, sans douleur, depuis environ quinze jours; elle n'avait jamais causé de vives douleurs, de nausées, ni de vomissements.

» La malade attribuait son *effort* à des mouvements considérables qu'elle avait faits pour lever des paquets de linge et des baquets remplis d'eau. Comme elle était habituellement constipée, je pense que les efforts nécessaires pour la défécation ont dû contribuer aussi très-puissamment à la production de sa maladie. Ayant fait coucher la malade sur le dos, dans la position ordinaire pour l'opération du taxis, je parvins, à l'aide d'une pression assez forte, exercée méthodiquement selon la direction de la tumeur, à diminuer d'abord son volume et à en obtenir ensuite l'entière réduction, laquelle se fit subitement par l'ascension brusque des parties déplacées qui glissèrent tout à coup sous mes doigts, en faisant entendre ce bruit particulier qu'on a désigné sous le nom de *gargouillement*. La réduction opérée, on sentait dans la partie postérieure de la grande lèvre droite, un vide

dans lequel on pouvait enfoncer le bout du doigt en refoulant la peau en arrière ; on y reconnaissait alors distinctement une ouverture arrondie, sorte d'anneau placé entre le vagin et la branche de l'ischion, et par lequel s'était échappée la tumeur. On n'apercevait plus aucun vestige de la hernie du côté de-la cavité du vagin, et la malade avait éprouvé, aussitôt après la réduction, un soulagement complet et instantané. Je pratiquai ensuite le toucher dans la position verticale du corps, les viscères déplacés ne reparurent pas, et la jeune fille put marcher librement comme avant l'accident.

» Je voulus lui appliquer un pessaire en bondon afin de comprimer et de rétrécir la portion relâchée du vagin qui avait livré passage à l'intestin ; mais la malade ne voulut pas s'assujettir à le porter, et bien qu'elle ait repris ses occupations habituelles depuis cette époque, sa tumeur ne s'est point reproduite, et elle jouit actuellement d'une parfaite santé.» (Observ. recueillie par M. J. Cloquet et citée par Murat, *Dict. des Sciences médicales*, art. Vulve, t. LVIII, pag. 418.)

Obs. 2. « Le docteur Best me pria, le 18 mai 1802, de voir Sophia Hall, âgée de 22 ans, qui présentait les symptômes d'une hernie étranglée ; il m'apprit qu'environ une heure auparavant, il avait fait, mais sans succès, de légers efforts pour réduire la tumeur.

» Celle-ci avait environ le volume d'un œuf de pigeon, et était située dans l'épaisseur de la grande lèvre gauche. Pendant les six derniers mois elle s'était fréquemment renouvelée. La malade pouvait habituellement la réduire sans beaucoup d'efforts et avec peu de douleur.

» La hernie, quand je vis la malade, était descendue depuis trois semaines et pendant toute la journée du 16 et du 17, c'est-à-dire les deux jours précédents, elle s'était montrée très-douloureuse au toucher, mais plus douloureuse encore pendant la toux.

» La malade ayant éprouvé des symptômes nerveux particuliers, le docteur Best pensa que cette circonstance l'avait empêchée d'essayer de réduire sa hernie, comme elle avait l'habitude de le faire.

» A l'examen de la tumeur, je fus surpris de la trouver située au-dessous du niveau de la partie moyenne de la grande lèvre, l'anneau inguinal et les parties environnales ne présentaient aucune espèce de gonflement.

» Le toucher me fit reconnaître une tumeur qui s'étendait le long de la paroi latérale du vagin, et qu'on pouvait suivre jusqu'à la hauteur de l'orifice utérin. Je priai la malade de tousser, et je vis que la tumeur se dilata aussitôt.

» Saisissant alors cette tumeur, j'exerçai sur elle une compression un peu forte, qui détermina beaucoup de douleur. Mais, au bout de trois minutes, la tumeur disparut avec un bruit de gargouillement, et la malade se trouva soulagée.

» On sentit alors la grande lèvre aussi lâche que si la tumeur en eût été retirée. En appuyant le doigt sur cette portion flasque et déprimée de la peau, on pouvait l'enfoncer d'avant en arrière dans un orifice circulaire, situé au côté interne de la branche de l'ischion, entre cette branche et le vagin.

» Le seul moyen que j'aie employé jusqu'à présent, pour maintenir cette hernie réduite, consiste à faire porter un bandage de femme placé entre les cuisses (1).

» Un mois après, la malade était parfaitement bien. Les derniers renseignements que j'ai reçus sur son compte datent du mois d'août : la hernie n'avait point récidivé.

Obs. 3. » Une femme de 22 ans vint me consulter pour une tumeur semblable à celle décrite ci-dessus, et située dans la grande lèvre du côté droit. Elle était un peu moins volumineuse que la précédente. Elle descendait pendant l'attitude verticale, et rentrait dans l'abdomen, quand la malade était couchée sur le dos ; elle se dilatait par la toux, et devenait beaucoup plus tendue pendant la défécation. La malade attribuait cette tumeur à une chute qu'elle avait faite d'un cabriolet, chute dans laquelle elle reçut à l'hypogastre un coup qui fut suivi, peu

1 Sir A. Cooper appelle de ce nom un bandage composé d'une compresse passant entre les cuisses, et pressant sur les parties génitales, et d'une ceinture à laquelle se fixe cette serviette ; en un mot, il s'agit de l'appareil très-simple qu'emploient fréquemment les femmes pendant l'écoulement des règles.

de temps après, de l'apparition de la tumeur.

» Je prescrivis l'usage du petit pessaire en éponge dans le vagin ; depuis cette époque, cette malade n'est pas revenue me consulter. » (*OEuvres chirurgicales* de sir Astley Cooper, traduction française; par Chassaignac et Richelot, pag. 361 et suiv.)

« La réduction de la hernie vulvaire doit être faite de la manière suivante : On fait coucher la femme sur le dos, le bassin et la poitrine élevés par des coussins, de manière à relâcher les parois abdominales. On fait écarter et fléchir les cuisses sur le bassin.

» Le chirurgien, placé en face de la malade, introduit le doigt indicateur de la main droite dans le vagin, si la maladie existe à droite, et *vice versâ*. Ce doigt sert à comprimer légèrement et à soutenir la tumeur du côté du vagin, tandis que les doigts de l'autre main embrassent la portion qui fait saillie dans la grande lèvre, la compriment et la poussent en arrière vers la cavité abdominale parallèlement à la direction du vagin.

» Dès que la tumeur est réduite, on trouve à sa place un grand vide qu'on reconnaît à la facilité avec laquelle on déprime de ce côté la grande lèvre et la partie correspondante du vagin. Pour empêcher les viscères de se déplacer de nouveau, il faut appliquer un pessaire de gomme élastique en forme de bondon, afin de soutenir les parois du vagin et de rétrécir le passage précédemment parcouru par les viscères. Mais comme ce sont les côtés de ce canal qui sont affaiblis, et qu'il importe le plus de comprimer, M. Cloquet pense que le pessaire en bondon devrait avoir la forme d'un cylindroïde aplati d'avant en arrière et légèrement courbe ; ayant cette forme, il réunirait le double avantage d'exercer une pression plus forte dans le sens de son grand diamètre qui est transversal, qui répond aux côtés du vagin, et de presser moins fortement dans le sens de son petit diamètre, c'est-à-dire sur la vessie en avant, et sur le rectum en arrière ; sa courbure ferait qu'il s'adapterait exactement à la direction de ces deux derniers organes. » (Murat, *Dictionn. des Sciences médicales*, tome LVIII, pag. 420.)

Si la réduction de cette hernie ne pouvait être faite dans un cas d'étranglement, on pourrait suivre le plan d'opération tracé par M. Vidal. Le fond de la hernie serait largement découvert par une incision pratiquée à la grande lèvre ; le sac ouvert, un bistouri boutonné et entouré d'une bandelette de linge jusqu'à quelques millimètres de son bouton, serait porté, à la faveur du doigt, sur le collet de la hernie qu'on débriderait ainsi. A. Cooper conseille de diriger le débridement en dedans vers le vagin ; mais le débridement multiple nous semble préférable. Les mouchetures pourront être dirigées en dedans, en dehors et en arrière ; elles auront peu d'étendue.

ARTICLE V.

Névralgies de la vulve. (*Névroses de la vulve*, Tanchou.)

Cette affection n'a fixé que tout récemment l'attention des médecins. A la vérité on trouve dans les auteurs quelques faits épars de douleurs violentes, ayant leur siége dans les parties génitales externes ; mais personne, à notre connaissance, n'avait jusqu'à présent cherché à rapprocher ces faits de manière à en déduire une description particulière. C'est à MM. Lisfranc et Tanchou qu'appartient le mérite d'avoir spécialement signalé la maladie qui nous occupe ; nous croyons en marquer la place dans le cadre nosologique. Aussi est-ce aux recherches de ces deux observateurs que nous emprunterons exclusivement ce que nous allons écrire sur les névralgies de la vulve. Nous substituons la dénomination de névralgie à celle de névrose employée par M. le docteur Tanchou, parce que l'exaltation de la sensibilité vulvaire et la douleur étant le caractère essentiel de la maladie, il nous a semblé que le nom de névralgie lui convenait davantage.

Causes. Les causes de la névralgie de la vulve ne sont pas bien déterminées, cette affection peut survenir spontanément, être inhérente à la constitution et dépendre de certaines idiosyncrasies. M. Lisfranc dit qu'on rencontre quelque-

fois des familles dans lesquelles toutes ou presque toutes les femmes présentent cette sensibilité anormale, ce qui porterait à croire que cette disposition est, dans un grand nombre de circonstances, héréditaire. M. Tanchou pense que les femmes sur l'âge de retour y sont particulièrement sujettes, et alors, dit-il, ces névroses peuvent être considérées comme une déviation du travail menstruel; l'excitation fonctionnelle qui avait son siége dans les nerfs de l'ovaire et de l'utérus, se transporte sur ceux de la vulve.

Le travail de la menstruation détermine souvent l'affection dont il s'agit, et alors la sensibilité vulvaire n'est exaltée que quelques jours avant et après l'écoulement des règles. (Lisfranc, *Clinique chirurg.*)

D'autres fois les douleurs névralgiques de la vulve succèdent à un travail d'irritation ou d'inflammation locale, alors que tous les phénomènes phlegmasiques sont dissipés (Névroses primitives de M. Tanchou). Il semble, dit cet auteur, que la phlogose abandonne les capillaires sanguins et les glandules pour se concentrer sur les fibrilles nerveuses. Enfin, ces douleurs peuvent se manifester comme phénomènes sympathiques (Névroses secondaires de M. Tanchou), d'une affection de l'ovaire, de l'utérus ou du rectum, dont elles suivent les phases d'accroissement ou de déclin.

D'un autre côté, M. Lisfranc pense que l'excès de sensibilité vulvaire peut, en se réfléchissant sur l'utérus, y produire des congestions d'où naissent presque toujours ensuite sur cet organe des engorgements ou des ulcérations. « J'ai observé, dit ce praticien, que, dans toutes les familles où la cause de l'excès de sensibilité dont nous parlons était due à l'idiosyncrasie, les maladies de la matrice étaient extraordinairement fréquentes. » (*Clin. citée*, t. II, p. 164.)

Symptômes. Le caractère essentiel de la névralgie de la vulve est, avons-nous dit, un état habituel de sensibilité extrême des parties génitales, porté assez loin dans quelques cas, pour que les soins de propreté ordinaires auxquels se livrent les femmes déterminent des douleurs et des tiraillements tels qu'elles n'y recourent qu'avec les plus grandes précautions. Les rapprochements sexuels causent des souffrances si violentes que les malades éprouvent pour cet acte une appréhension et un éloignement dans quelques cas invincibles. Les douleurs sont encore excitées par toutes les causes capables d'irriter ou de froisser même légèrement l'orifice vulvaire. C'est ainsi que l'exploration par le spéculum ou même par le doigt est le plus souvent très-douloureuse; bien plus, quelques-unes des femmes observées par M. Tanchou ne pouvaient introduire sans de vives souffrances l'olive de leurs seringues à injections. Le même observateur a encore noté une douleur cuisante causée par le passage de l'urine sur la vulve. Une de ses malades accusait une cuisson brûlante à l'orifice vulvaire, se propageant au sphincter de l'anus, sans augmentation au passage de l'urine; il y avait de plus la sensation continuelle d'une tumeur située entre les couches du plancher périnéal. La douleur est souvent lancinante ou rongeante. « Si l'on parvient à obtenir un examen des parties, il arrive quelquefois que l'on ne trouve rien et que les organes génitaux sont ou paraissent être dans un état parfaitement normal. Dans d'autres circonstances, cette sensibilité existe avec un écoulement blanc plus ou moins abondant; ou bien on trouve une inflammation aiguë ou chronique de la vulve, de l'orifice vaginal, ou même de toute l'étendue du vagin : ce sont là, il faut le dire, les cas les plus ordinaires. Dans quelques cas il existe des érosions sur la vulve et surtout sur les grandes lèvres, dans des points qui se correspondent. Vous trouverez quelquefois chez de jeunes femmes de petites excoriations sur l'orifice du vagin, mais rien sur la vulve; c'est ce qui arrive surtout chez celles qui ont le vagin étroit et qui se livrent à un exercice trop fréquemment répété du coït. Si, dans ces cas, et lorsque les femmes se plaignent d'éprouver de vives douleurs intérieures, on écarte les grandes lèvres et l'on introduit le doigt dans le vagin, en faisant faire à la malade des efforts d'expulsion, en même temps qu'on fléchit légèrement le doigt de manière à amener une partie de la membrane mu-

queuse du vagin au dehors, on voit souvent des excoriations ou des érosions légères d'abord, qui, par leur persistance et l'exaspération incessante des douleurs et sous l'influence du coït répété, ont fini quelquefois par dégénérer en ulcères rebelles et de mauvaise nature, lesquels entretiennent et éternisent les flueurs blanches, source de tant d'incommodités pour les femmes. Ces érosions et ces ulcérations du vagin sont toujours accompagnées de prurit, de chaleur et d'un sentiment de cuisson extrêmement douloureux, et enfin de cette exaltation de sensibilité qui détermine des douleurs si vives pendant le coït, et qui constitue le caractère essentiel de l'affection qui nous occupe. » (Lisfranc, de l'Excès de sensibilité des organes génitaux de la femme; *Gazette des hôpitaux*, 12 mars 1842.)

Bien que M. le docteur Tanchou ait évidemment décrit la même affection que M. Lisfranc, il ne fait pas mention des lésions observées par ce dernier observateur, il n'est pourtant pas probable qu'elles aient échappé à son attention, et, s'il n'en a pas parlé, c'est qu'il les aura considérées comme des effets consécutifs de l'affection nerveuse et comme pouvant en être séparées; c'est aussi, nous le pensons, la manière de voir de M. Lisfranc, quoiqu'il ne l'ait pas formellement exprimée.

Selon M. Tanchou « les nerfs de la vulve peuvent être le siége d'une lésion *primitive*, *secondaire* ou *essentielle* de la sensibilité : *primitive* lorsqu'elle résulte d'une cause agissant directement sur la vulve elle-même ou sur les nerfs qui l'animent, telles que les violences d'un premier rapprochement, une inflammation, une ulcération, etc.; *secondaire* ou sympathique quand elle succède à l'influence d'une affection étrangère à la vulve : telle est celle qui accompagne quelquefois les ulcérations du col; *essentielle*, lorsqu'elle survient spontanément, sans cause locale ou éloignée appréciable; les névroses vulvaires dont les femmes sont tourmentées à l'âge de retour nous en fournissent souvent des exemples. Il importe de distinguer ces trois variétés, puisque chacune d'elles porte en quelque sorte son indication. » (Tanchou, Névroses de la vulve, *Gazette des Hôpitaux*, 14 juillet 1842.)

Traitement. La névralgie de la vulve est le plus souvent une affection rebelle, mais dont on doit pourtant espérer la guérison par l'usage persévérant d'un traitement approprié. On conçoit que lorsque cette affection dépend sympathiquement d'une lésion de l'utérus ou de ses annexes, les agents thérapeutiques doivent être spécialement dirigés contre la maladie principale. Existe-t-elle, au contraire, indépendamment de toute altération concomitante, elle doit être combattue selon les règles établies par M. Lisfranc, que nous allons rapporter textuellement dans la crainte d'en altérer le sens si éminemment pratique : « Au premier rang des moyens que cette affection réclame, il faut placer les bains généraux dont l'usage doit être fréquemment répété; on pratiquera une ou deux saignées révulsives du bras de trois onces, dans les intervalles des règles, en prenant la précaution de faire la première vingt-quatre heures au moins après la cessation des dernières règles, et la seconde à peu près à l'époque intermédiaire entre les dernières et les suivantes; il conviendra de joindre aux bains et à la saignée l'usage des narcotiques, si la constitution le permet, ce qui arrive le plus souvent. Il deviendra quelquefois nécessaire de recourir aux bains froids, dans le but de modifier l'état d'innervation des malades; j'ai quelquefois vu, dit M. Lisfranc, réussir les bains locaux froids, mais ils ont l'inconvénient de congestionner, ce qui, la plupart du temps, oblige à y renoncer. J'ai vu ces simples moyens réussir à souhait à faire cesser complétement et en peu de temps l'état en question, et les femmes qui en étaient affectées pouvaient se livrer quelques jours après, sans douleur et sans appréhension, à l'approche de leurs maris; mais dans la plupart des cas ces moyens n'ont fait qu'atténuer l'intensité des douleurs, et ils laissent subsister encore pendant plus ou moins longtemps un certain degré de sensibilité qui se réveille à la moindre occasion et surtout pendant la consommation de l'acte vénérien. Aussi devient-il nécessaire,

dans quelques circonstances, d'appeler l'attention du mari sur ce point, et de prescrire à cet égard certaines précautions qu'il lui convient d'observer. La convenance de ces conseils sera suffisamment appréciée par l'importance et la gravité même du sujet. Il est nécessaire, dans les cas dont il s'agit, que lors de l'approche sexuelle, l'acte ne soit commencé qu'après que les désirs auront fait naître chez la femme un certain degré d'excitation et d'orgasme. On comprend, en effet, que dans cet état d'orgasme le mode de sensibilité étant modifié, le coït pourra être bien supporté, tandis qu'il ne l'eût pas été peut-être dans des conditions différentes. Il faut encore, pour prévenir ou atténuer les douleurs dans ce cas, que le membre soit introduit avec ménagement; souvent à l'aide de ces simples précautions, on a vu cet excès de sensibilité diminuer peu à peu, et les femmes finir par accomplir leurs fonctions comme si elles n'eussent jamais été malades. Cependant si elles ressentent encore de temps en temps une excitation trop vive qui leur donne lieu de craindre la reproduction de la maladie, il faut encore faire aux époux une dernière recommandation : c'est de ne point se livrer au rapprochement pendant les jours qui précèdent et ceux qui suivent l'écoulement menstruel; il est des circonstances dans lesquelles, bien que l'excès de sensibilité soit diminué sous l'influence des moyens de traitement que nous avons exposés, l'organe conserve encore une sensibilité trop vive pour supporter l'intromission du membre; on peut se trouver alors dans la nécessité d'habituer graduellement l'organe au contact de corps étrangers de plus en plus considérables. L'introduction de ces corps étrangers a en outre l'avantage, lorsqu'elle est pratiquée avec les ménagements nécessaires et à l'aide de la persévérance et du temps, d'assouplir les parties en même temps qu'elle émousse leur sensibilité naturelle, et qu'elle détruit l'état d'orgasme habituel. On se sert à cet effet de mèches cirotées dont le volume est graduellement augmenté, pendant que l'on continue l'usage des bains et des saignées, si le degré d'excitation et d'orgasme l'exige. Il pourrait cependant arriver encore que ces moyens échouassent; ce cas échéant que conviendrait-il de faire ? Dans deux cas seulement où il est arrivé à M. Lisfranc de voir échouer le traitement, il a cautérisé avec le nitrate d'argent toute l'étendue de la vulve et de l'orifice du vagin; une seule cautérisation a suffi pour faire cesser cet état morbide. Comment ce moyen a-t-il agi ? C'est sans doute en pervertissant le mode de sensibilité. Quoi qu'il en soit, ce professeur conseille de recourir à la cautérisation lorsque les moyens rationnels de traitement indiqués n'auront point eu de succès. » (*Gazette des Hôpitaux*, *loc. cit.*)

Les moyens dont M. le docteur Tanchou dit avoir retiré le plus de succès pour combattre la névralgie de la vulve sont la valériane, l'assa fœtida, les lotions et pansements astringents, les douches et les bains froids, les bains de mer, la cautérisation superficielle avec le nitrate d'argent, les plantes narcotiques localement et à l'intérieur.

ARTICLE VI.

Irritations et inflammations de la vulve.

§ 1. — Irritations (prurit de la vulve).

Le prurit de la vulve, étudié d'une manière générale par M. Lisfranc, est, selon ce chirurgien, une affection très-rare chez les jeunes filles, peu commune chez les femmes âgées de moins de trente-six ans, mais très-fréquente chez les femmes qui ont dépassé cet âge, et plus spécialement chez celles qui n'ont plus leurs règles. Son existence paraît être liée à un état habituel de congestion vers les parties sexuelles. Le prurit vulvaire, qui, selon M. Velpeau, dépend souvent d'un eczéma syphilitique, peut encore dépendre d'un vice herpétique, d'un repos trop prolongé, soit au lit, soit dans la station assise trop habituelle. D'autres fois ce sont, au contraire, des exercices trop continus qui donnent lieu à ces démangeaisons. Cette maladie se rencontre et chez les femmes peu soigneuses qui négligent d'entretenir les parties sexuelles dans des conditions de propreté convenables, et chez celles qui, par des lotions

fréquemment réitérées, enlèvent trop complétement les mucosités nécessaires pour lubréfier ces parties et atténuer l'effet irritant du frottement.

M. Lisfranc rappelle les frottements multipliés auxquels sont soumises les femmes obèses; il ajoute que chez elles il se fait une sécrétion albumineuse très-abondante dans tout le pourtour des parties externes de la génération, et que cette sécrétion acquiert souvent, par son séjour prolongé dans les plis profonds de la peau et de la muqueuse de la vulve, une certaine âcreté qui finit par déterminer des excoriations.

« Les démangeaisons de la vulve sont tantôt presque continues et avec des degrés variés d'exacerbation; tantôt elles sont franchement intermittentes, ou bien elles se développent d'une manière irrégulière, un plus ou moins grand nombre de fois dans le cours de la journée et de la nuit.

» Elles tiennent souvent le système nerveux dans un état d'excitation extrême; elles pâlissent, elles maigrissent les malades; elles leur donnent de la fièvre; elles troublent les fonctions de leurs organes digestifs; elles provoquent les désirs vénériens; elles déterminent des incontinences ou des rétentions d'urine; elles dérangent le cours des règles; elles occasionnent des flueurs blanches.

» Quelquefois la vulve paraît être à l'état normal; c'est surtout quand les femmes ne se sont point grattées : ordinairement elle est rouge, enflammée, excoriée; on y observe un assez grand nombre de petits boutons qui peuvent siéger aussi autour d'elle : les parties génitales externes sont très-souvent tuméfiées.

» Le prurit de la vulve dure quelques jours seulement, ou persiste pendant plusieurs mois et même des années : dans ce dernier cas il peut beaucoup altérer la constitution. » (Lisfranc, *Clinique*, t. II, p. 150.)

La première attention doit être de surveiller les soins de propreté, d'en prescrire ou d'en restreindre l'usage. Lorsque le prurit de la vulve est occasionné par la malpropreté, on trouve souvent les grandes lèvres très-développées et tuméfiées. Chez les femmes obèses, on voit aussi les grandes et les petites lèvres très-développées; de plus, l'on observe dans les replis profonds qu'elles présentent, des dépôts de matières cérumineuses fortement adhérentes à la peau.

Le trop grand volume du ventre chez ces personnes les empêche de faire les lotions convenablement. Il est alors indispensable que quelqu'un leur rende ce service. M. Lisfranc rapporte l'observation d'une dame d'un excessif embonpoint, très-propre d'ailleurs, que tourmentait un violent prurit qui avait résisté à tous les moyens pendant six mois. Elle fut guérie au bout de huit jours par des lotions faites trois fois par jour par sa femme de chambre : des faits de ce genre ne sont pas rares, dit M. Lisfranc.

« Il faut, poursuit M. Lisfranc, si on a affaire à des femmes fortement constituées, commencer par pratiquer une saignée spoliative de trois palettes, à moins, bien entendu, que les règles ne s'y opposent. Quelques jours, un ou deux jours après, on pratique une seconde petite saignée révulsive d'une palette. Chez les femmes d'une constitution délicate et nerveuse, on se borne à cette petite saignée révulsive. En joignant à cela les moyens de propreté, on obtient souvent une guérison complète. S'il existe de l'irritation, de l'éréthisme, il faut employer d'abord les émollients, des lotions et des bains avec de l'eau de son ou même du lait; les cataplasmes ne conviennent point dans cette circonstance : ils sont fort incommodes à appliquer. D'ailleurs, ils s'aigrissent vite et deviennent irritants. Mais lorsqu'il n'existe point d'éréthisme ni d'inflammation, que celle ci est très-légère ou qu'elle a été préalablement combattue par les moyens indiqués, on a recours aux légers astringents; le meilleur est le sulfate acide d'alumine dissous dans l'eau commune, dans la proportion de 4 grammes (1 gros) pour un litre d'eau. Pour assurer le succès, il importe d'appliquer ce mélange jusque dans les parties internes de la vulve.

« Si ce moyen échoue, ce qui arrive quelquefois, et que l'irritation ait un caractère dartreux, on fera usage de l'eau de Baréges, dont on imbibera un linge, qui sera interposé entre les grandes et les

petites lèvres. Si les femmes sont obligées de marcher, de vaquer à leurs affaires, on leur prescrit de se garnir. » (Lisfranc, *Gazette des Hôpitaux*, 3 février 1842.)

Si ce moyen échoue encore, M. Lisfranc conseille de recourir aux lotions avec le mélange suivant : eau, 120 grammes; nitrate d'argent fondu, un demi-décigramme, dont la dose peut être graduellement portée jusqu'à 50 centigrammes (10 grains). M. Brierre de Boismont a employé avec succès la décoction de cerfeuil et la pommade de sous-carbonate de potasse (8 grammes sur 32 d'axonge). (*Gaz. des hôpitaux*, 27 sept. 1842.)

Dans les mêmes circonstances, la formule proposée par M. Raspail a été avantageuse. Elle consiste à faire un mélange de cinq parties d'amidon et une partie de camphre, avec lequel on saupoudre la vulve une fois tous les jours, ayant le soin de nettoyer exactement ces parties le lendemain et de recommencer ainsi pendant plusieurs jours.

Si ce moyen ne produisait pas une cuisson et une chaleur appréciables pendant dix minutes après son application, on augmenterait la dose du camphre; on la diminuerait, au contraire, si l'excitation était trop forte. Dans les cas rebelles, on doit en répéter l'usage deux et trois fois par jour. Jusqu'à présent M. Lisfranc n'a pas vu échouer le remède de M. Raspail.

Ces moyens sont-ils encore sans résultat, on fait placer la malade sur une chaise percée; au-dessous de cette chaise se trouve un réchaud sur lequel on fait brûler du soufre, et on recommande à la malade de maintenir ses grandes lèvres écartées. Cette fumigation jouit d'une très-grande efficacité, surtout lorsque l'affection procède d'une origine dartreuse. Les douches simples ou de vapeurs, en arrosoir, les douches aromatiques ou sulfureuses, jointes à l'emploi des anti-herpétiques à l'intérieur, réussissent encore très-bien dans les mêmes circonstances. Mais il est bien entendu que l'emploi de tous ces moyens doit être surveillé et dirigé avec modération, et que dans le cas où leur action trop excitante provoquerait une congestion ou déterminerait un retour de l'état aigu, il faudrait en cesser l'usage pour revenir aux émollients, et au besoin aux saignées révulsives.

Dans quelques cas, la maladie est opiniâtre : les femmes éprouvent des démangeaisons atroces et réfractaires à tous les moyens que nous venons d'énumérer, sans qu'il existe la moindre excoriation. Faut-il, ou non, cautériser dans ce cas-là? C'est une question fort délicate, et avant de se décider, il faut bien y réfléchir.

« J'ai vu, dit M. Lisfranc, une femme qui éprouvait depuis longtemps un prurit des plus violents et qui avait résisté à l'emploi successif de tous les moyens que je viens d'indiquer. Voyant cette affection aussi tenace, je prends un crayon de nitrate d'argent fondu que je porte sur la vulve, et j'en badigeonne, c'est le mot, toute la surface. Cette femme ressent immédiatement des douleurs atroces; elle me fait appeler le soir : ces douleurs n'étaient pas calmées; il y avait de l'éréthisme, une irritation considérable et un état d'exaspération extrême. Je pratiquai une saignée, je fis faire des irrigations d'eau froide sur les parties; le lendemain les douleurs avaient complétement cessé, et elles ne se sont plus reproduites depuis. » (*Gazette des Hôpitaux.*)

M. Lisfranc regarde la cautérisation avec le proto-nitrate acide de mercure comme un moyen infaillible; il ne faut pas craindre d'en répéter l'emploi pendant plusieurs jours (deux, trois, quatre, six jours et plus).

Quelques femmes se plaignent de démangeaisons vulvaires, mais seulement pendant cinq, six ou huit jours, soit avant, soit après les règles. M. Lisfranc fait pratiquer dans le premier cas une saignée huit jours avant l'époque de l'irruption des règles, et dans le second, une saignée vingt-quatre heures après leur complète cessation.

Des lotions avec la solution chaude de sublimé, avec un mélange de calomel dans l'eau de guimauve, et le proto-iodure de mercure à l'intérieur, sont plus particulièrement vantées par M. Velpeau.

Dans les cas où les démangeaisons apparaissent sous une forme décidément intermittente, il convient d'administrer le sulfate de quinine à l'intérieur. M. Lis-

franc a vu six fois ce moyen couronné de succès. (*Clinique citée*, t. II, p. 157.)

§ 2. — Vulvite.

Cette maladie est très-fréquente, et cependant elle a été passée presque sous silence par les auteurs en général. Nous allons essayer d'en donner une description exacte, d'après nos recherches et nos observations.

Causes. Aucun âge n'est exempt de vulvite, mais cette phlegmasie se voit rarement dans la vieillesse; les tempéraments sanguins et lymphatiques n'y prédisposent pas d'une manière exclusive; les autres causes indirectes sont l'obésité, l'approche de la menstruation, la grossesse, la station verticale prolongée, la marche, une alimentation échauffante, divers troubles de l'appareil digestif, la dentition, l'entérite, les hémorrhoïdes, l'irritation du rectum due à la présence d'oxyures, enfin l'inflammation de la vessie, les affections cutanées dont le siége avoisine les parties génitales externes.

On a encore considéré comme des causes prédisposantes de vulvite, la malpropreté, ou l'abus des lotions, l'air froid et humide, l'usage des chaufferettes, des siéges trop mous, trop chauds, le vice de la masturbation; mais ces causes peuvent être également mises au nombre des causes déterminantes dont il nous reste à parler.

La vulvite est occasionnée directement par le contact trop intime des grandes lèvres chez les femmes grasses, par l'action irritante de certains écoulements utérins et vaginaux, quelquefois par celle du sang menstruel, des lochies, ou de l'urine, par la rudesse de certaines chemises en tissu de laine, ou en toile commune; les attouchements répétés, le coït ou les tentatives de coït, l'introduction de corps étrangers à travers l'orifice vulvaire, les injections irritantes, le froissement et les déchirures qui résultent du passage d'un fœtus, certaines manœuvres obstétricales, les contusions, les lacérations, etc., sont encore des causes occasionnelles bien positives de la phlogose vulvaire. Cette affection peut encore être déterminée par une métastase.

Symptômes. Cette inflammation existe souvent à l'état aigu. Alors les replis vulvaires sont plus ou moins rouges à leur surface muqueuse, quelquefois même ils sont violacés. Ces appendices sont le siége d'une chaleur vive qui fait naître une sensation prurigineuse très-pénible; la sensibilité peut être exaltée au point de rendre très-douloureux le simple contact du doigt; la tuméfaction des parties est proportionnée au degré de la phlogose; parfois elle est assez considérable pour clore l'orifice de la vulve.

Selon M. Tanchou, qui a bien voulu nous communiquer un mémoire manuscrit sur les maladies de la vulve, la femme éprouve la sensation d'un corps orbiculaire qui écarte les nymphes. La souffrance est notablement augmentée par la marche; elle l'est aussi par l'excrétion de l'urine, sans qu'il y ait pour cela irritation des voies urinaires.

D'ordinaire l'inflammation envahit les grandes lèvres, les nymphes et le clitoris; ce dernier organe entre quelquefois en érection permanente, ce qui excite des désirs lascifs et devient une cause d'aggravation de la maladie en contraignant pour ainsi dire les femmes à des attouchements nuisibles.

Lorsque les nymphes sont seules enflammées, elles sont rouges, chaudes et tuméfiées au point de dépasser les grandes lèvres.

Au début de la vulvite, la membrane muqueuse est sèche et luisante, mais bientôt elle sécrète un mucus opaque blanc ou d'un blanc jaunâtre, doué d'une âcreté assez grande pour irriter, excorier même les parties sur lesquelles il séjourne, les parties voisines, rougissant la teinture de tournesol, et exhalant une odeur nauséeuse, parfois repoussante.

Dans quelques cas des irradiations phlegmasiques se propagent aux régions pubienne et inguinale, et à la partie supérieure des cuisses; c'est probablement le résultat d'une lymphangite. « Du centre d'une grande lèvre très-gonflée part quelquefois, dit *Boisseau*, une sorte de corde dure qui montant vers le pubis, va se perdre dans une de ces glandes (glandes inguinales), suit les ligaments ronds jusque dans l'abdomen, et dessine de petites tumeurs le long de son trajet, ou enfin

monte le long de l'angle formé par la grande lèvre et la cuisse, et ne peut être distinguée que par la pression exercée sur la partie, non sans exciter de la douleur. » (*Nosographie organique*, t. III, pag. 683.)

Nous noterons ici en passant, que la vulve paraît enfoncée lorsque la vulvite est déterminée par l'introduction de corps étrangers.

La couleur violacée foncée ou livide du pourtour de la vulve, le refroidissement de ces parties, la cessation de la douleur, sont des indices de gangrène imminente; on ne les observe guère qu'après des contusions violentes, et les accouchements laborieux.

La tuméfaction des replis vulvaires, dont nous avons parlé, peut être causée en partie par l'œdème de ces replis : on reconnaît cette complication aux caractères de cet œdème. (*Voy.* Œdème de la vulve.)

Chez quelques femmes, la tuméfaction des grandes lèvres est due à un phlegmon sous-muqueux, les malades éprouvent alors des douleurs brûlantes, lancinantes; la tumeur acquiert parfois un volume énorme; dure d'abord, elle se ramollit bientôt, et la fluctuation ne tarde pas à être reconnaissable.

« M. Tanchou fait remarquer que dans la vulvite intense, si l'épithélium est détruit, il en résulte des érosions superficielles d'une excessive sensibilité; l'urine y produit, par son contact, une douleur insupportable, elle devient plus chargée, et le besoin de l'expulser se fait sentir à chaque instant. Le sphincter de l'anus irrité sympathiquement se contracte d'une manière spasmodique et occasionne la constipation; les malades y éprouvent comme dans la vulve la sensation d'un corps étranger; des symptômes généraux, tels que l'anorexie, la soif, un peu de fièvre, un malaise général, et dans beaucoup de cas chez les femmes nerveuses particulièrement, de l'irritabilité, une sorte d'agacement. » (Manuscrit communiqué.)

La vulvite chronique est souvent la suite de la vulvite aiguë, elle affecte d'autres fois primitivement cette forme chez les sujets lymphatiques, et sous l'influence des causes déjà signalées. Les symptômes inflammatoires sont peu prononcés, les parties sont sans chaleur et peu rouges (elles sont blafardes même quand elles sont macérées par certains écoulements), mais elles restent douloureuses, prurigineuses surtout par moments, par accès; elles sont parfois légèrement gonflées ou indurées.

Lorsque le prurit excite les femmes à se gratter, la vulvite prend alors un caractère aigu qu'elle peut conserver indéfiniment.

Les replis vulvaires irrités chroniquement fournissent une sécrétion d'aspect et de qualité variables, parfois séro-muqueuse et assez abondante; parfois épaisse, d'un blanc jaunâtre ou grisâtre, peu copieuse et en partie facilement concrescible; du reste ces sécrétions n'ont pas l'âcreté de celles de la vulvite aiguë, mais rougissent la teinture de tournesol, et sont odorantes. En général, la durée de la vulvite à l'état aigu, n'excède guère huit ou dix jours, mais à l'état chronique elle peut dépasser plusieurs mois, plusieurs années.

La terminaison la plus fréquente et la plus heureuse est la résolution. Elle est annoncée par la diminution graduelle du quadruple caractère de l'inflammation. La gangrène est un mode de terminaison fâcheux, mais rare; la suppuration est une autre terminaison plus ordinaire et moins redoutable.

Le pronostic de cette maladie n'offre quelque gravité que dans le cas de gangrène, de suppurations étendues, et dans ceux où la destruction de la cause efficiente est presque impossible.

Traitement. Cette inflammation réclame impérieusement quelque réforme dans les soins de propreté. Le plus souvent il faut recommander des bains simples, des lotions et des fomentations chaudes, émollientes d'abord, puis employer des lotions légèrement alcalines. On étendra sur le périnée et la partie interne des cuisses, une couche de cérat que l'on renouvellera deux fois par jour; ces onctions seront pratiquées dans l'intention de protéger ces régions contre la matière âcre de l'écoulement. Lorsque l'inflammation sera très-aiguë, on apposera des sangsues au périnée, et chez les femmes

vigoureuses, s'il y a surtout réaction fébrile, on aura recours à la phlébotomie en même temps qu'aux saignées locales.

La formation naissante d'un phlegmon sera un motif de plus pour insister sur les émissions sanguines, soumettre les malades à une certaine diète, et leur faire boire une tisane rafraîchissante.

Si on ne peut s'opposer à la suppuration, on ne confiera pas l'ouverture de l'abcès aux efforts de la nature, mais on se hâtera de donner issue au pus afin de prévenir l'établissement de fistules très-rebelles.

L'œdème concomitant de la vulvite disparaîtra sous l'influence du traitement antiphlogistique. La gangrène sera combattue par le quinquina, le charbon, le chlorure de soude et autres agents antiseptiques.

Si la vulvite s'accompagne de lascivité nymphomanique, il sera opportun de faire sur les parties irritées des applications camphrées, d'administrer même un peu de camphre à l'intérieur (*Voy.* Prurit de la vulve, Oxyures de la vulve). Lorsque la vulvite est réfractaire, et lorsqu'elle est chronique primitivement ou secondairement, on remplace les moyens sus-indiqués par les astringents, et lorsqu'ils ne se rendent pas maîtres de la maladie, il faut modifier les tissus affectés à l'aide de substances cautérisantes (nitrate d'argent, nitrate acide de mercure) *V.* plus bas.

M. Guersant fils, en sa qualité de chirurgien de l'Hôpital des Enfants, a eu de fréquentes occasions d'observer la leucorrhée chez les petites filles, et la vulvite, soit primitive, soit consécutive à l'écoulement vaginal.

Nous allons faire connaître les principales considérations émises sur ces maladies par ce médecin.

« Les écoulements vaginaux chez les jeunes filles naissent de deux origines bien distinctes : les uns, de cause interne, se développent sous l'influence d'une constitution débile, lymphatique, parfois même scrofuleuse ou rachitique. Ce genre de vulvite, dans certaines circonstances, peut arriver à l'état de gangrène. Les autres, de cause externe et moins fréquents que les premiers, sont le résultat d'une action mécanique directe sur les organes génitaux, telles que la masturbation et les tentatives d'une copulation précoce accomplie plus ou moins imparfaitement. Dans ce dernier cas, l'écoulement peut être de nature blennorrhagique ou syphilitique. » (*Gazette des Hôpitaux*, 3 fév. 1842.)

Après avoir avoué que souvent, dans les phénomènes locaux, on ne trouvait aucun signe indiquant d'une manière positive si la maladie est le résultat d'une cause interne ou externe, M. Guersant fils ajoute cependant qu'indépendamment de l'écoulement, qui varie en quantité, qui peut être blanc, laiteux ou verdâtre, fétide ou inodore, il est des circonstances qui fournissent des présomptions d'une grande valeur pour reconnaître la cause. Ainsi, par exemple, quand, avec la leucorrhée et la vulvite, existent aux organes génitaux externes des ecchymoses, des déchirures, éraillures ou excoriations, quand la vulve est dilatée et en même temps enfoncée, ce qui peut faire raisonnablement présumer que des tentatives d'introduction ont pu avoir lieu ; quand surtout la membrane hymen est déchirée, qu'il y a chute de l'urètre, alors reste presque évidemment démontré ce double fait, qu'il y a eu tentative d'introduction de corps étranger et peut-être viol. Mais la petite fille, pouvant être adonnée à la masturbation et pouvant s'être livrée à des manœuvres pour introduire des corps étrangers, si l'écoulement n'est accompagné d'aucun symptôme syphilitique, nous ne pouvons conclure positivement qu'il y a eu tentative de viol. Il est malheureusement un cas où le rapprochement sexuel ne peut presque pas rester douteux, c'est lorsque, avec la leucorrhée, la vulvite, existent des chancres (*Voy.* Syphilis). En même temps que la vulvite, on peut observer des ulcérations superficielles, mais sans fond grisâtre ni bords coupés à pic. Ce ne sont plus là des indices de syphilis.

Comme base de traitement, M. Guersant fils reconnaît que les moyens locaux conviennent et suffisent dans la leucorrhée par cause locale, mais que ces moyens sont impuissants dans les cas de leucorrhée constitutionnelle.

Le traitement des vulvites de causes locales consécutives aux leucorrhées, comme de celles qui sont primitives ou de cause externe, repose sur l'emploi très-modéré des antiphlogistiques d'abord, et des toniques ensuite. Voici quels sont les moyens qui, généralement, suffisent : les bains ordinaires ou d'eau de son, l'eau blanche, le nitrate d'argent fondu appliqué en nappe, l'eau chlorurée, le vin aromatique, les bains de siége également aromatiques.

Il est des cas où, quoi qu'on fasse, la gangrène se déclare : il importe de ne pas confondre la couleur violacée que présente quelquefois la vulve avec la rougeur franchement inflammatoire, car si alors on appliquait des sangsues, on hâterait le développement de la gangrène. Cette teinte est au contraire un signe qui doit engager à employer des modificateurs et des excitants locaux. Souvent il est urgent de recourir au cautère actuel pour arrêter la désorganisation.

Le traitement de la vulvite par cause interne repose sur l'emploi de médicaments également internes. Les agents à administrer à l'intérieur sont principalement le sirop et le vin antiscorbutiques, les préparations de quinquina, les amers en général, les bains gélatineux, salés, sulfureux, le fer, et dans quelques cas l'iode, et surtout une alimentation tonique, viande rôtie, vin, etc. Bien entendu que, comme médication accessoire, indispensable, il faut employer les agents locaux indiqués, soit pour entretenir la propreté nécessaire, soit pour mitiger l'inflammation des organes génitaux. Quant aux ulcérations qui peuvent exister, il faut hâter leur cicatrisation à l'aide du nitrate d'argent fondu. La grande tendance que les plaies de cette région ont à devenir grisâtres, atoniques, fournissant une sécrétion purulente mal liée et fétide, impose souvent la nécessité de les ramener à un meilleur état en employant le jus de citron, les chlorures ou le digestif animé. (*Gazette des Hôpitaux*, 22 février 1842.)

L'inflammation de la vulve se complique parfois d'œdème (*Voy.* plus loin); lorsque les nymphes sont œdématiées, la miction devient fort pénible. Cette tuméfaction séreuse se reconnaît ici aux caractères particuliers de l'œdème. On la voit céder aux moyens de traitement dirigés contre la vulvite. Dans quelques cas cependant, il faut pratiquer de légères mouchetures.

Lorsque l'inflammation se propage au tissu cellulaire sous-muqueux, la vulvite coexiste alors avec un gonflement d'une autre nature, un ou plusieurs abcès *chauds* se forment. Ces collections purulentes demandent à être ouvertes artificiellement de bonne heure ; une fois ces abcès ouverts, on pansera à plat. (*Voy.* la partie chirurgicale de la *Bibliothèque du Médecin praticien* pour la conduite à suivre.)

La vulvite pseudo-membraneuse est fort rare. Dugès a eu l'occasion d'en voir un exemple; la vulve était totalement recouverte d'une exsudation albumineuse semblable à celle des aphtes confluentes. Des excès de coït en avaient été la cause. (*Mal. de l'ut.*, t. II, p. 677.) Le traitement de cette variété de vulvite serait celui de la diphthérite en général.

§ 3. — Vulvite folliculeuse.

De petits organes sécréteurs, au nombre de sept ou huit, sont disséminés autour de la vulve ; deux méritent une attention particulière : on les rencontre de chaque côté de l'orifice vulvaire, dans le repli qui sépare les débris de l'hymen des petites lèvres, et on peut facilement introduire un mince stylet dans leur ouverture qui mène dans un petit canal dirigé en bas et en arrière.

Ces follicules, étudiés par *Haller* sous le rapport physiologique, l'ont été par M. *Robert* sous le rapport pathologique. Les considérations suivantes sur les symptômes et le traitement de l'inflammation des follicules vulvaires ont été présentées par ce médecin, dans une note communiquée à l'Académie de médecine (séance du 29 septembre 1840). « Enflammés tantôt seuls, tantôt avec d'autres organes voisins, les follicules vulvaires ont donné lieu à beaucoup de confusion. 1° Dans la blennorrhagie, ils sont fréquemment pris d'inflammation, surtout ceux qui avoisinent le méat urinaire. Outre la douleur et le prurit ressentis alors par les malades, la pression exercée aux environs du méat ou sur l'urètre, donne lieu à l'issue d'un

liquide jaunâtre que l'on pourrait croire facilement venir de l'urètre. 2° Plus rarement, à l'inflammation des follicules vulvaires se rattache une ulcération simple ou graduelle du col utérin. 3° Assez fréquemment on voit deux follicules latéraux de l'ouverture vulvaire isolément enflammés, et dans ce cas, si la sécrétion folliculeuse est abondante, elle peut être prise pour une sécrétion vaginale, suite de blennorrhagie. 4° Les accouchements laborieux et l'inflammation de la muqueuse utérine, sont avec la blennorrhagie, les causes les plus fréquentes des irritations de ces follicules; seulement ces dernières survivent aux premières. Des douleurs assez vives, de la cuisson, la sécrétion blanchâtre, symptômes que la marche et les fatigues exaspèrent, peuvent faire soupçonner la maladie qui nous occupe. L'œil et le stylet confirment le diagnostic.

» Quand ces inflammations ont persisté et sont devenues la seule affection des voies génitales, elles méritent un traitement à part. Le plus efficace est le suivant: on introduit un stylet fin jusqu'aux limites postérieures du follicule, qu'on ouvre dans toute sa longueur avec le bistouri. L'intérieur est ensuite cautérisé avec le nitrate d'argent. »

M. *Denis* dit avoir réussi à guérir cette inflammation folliculeuse en injectant dans le follicule de l'eau chlorurée. (*Annales de la chirurgie*, n° X, 1841.)

§ 4. — De quelques maladies cutanées de la vulve.

Les dermatoses que nous allons mentionner ici seront décrites d'une manière générale dans le traité des maladies de la peau; nous ne signalerons donc que les particularités qu'elles offrent comme affections vulvaires.

Naguère encore ces diverses maladies cutanées de la vulve étaient confondues sous les noms d'inflammations de la vulve, de gerçures de la vulve, de prurit de la vulve, ou divisées en inflammation des grandes lèvres (œdoïte), des nymphes (nymphite), et du clitoris.

Les causes des dermatoses vulvaires sont outre les causes générales de chacune de ces maladies cutanées (Voy. *Bibliothèque du Médecin-Praticien*, Traité des maladies de la peau), celles dont l'action irrite directement la vulve, comme le contact des chemises de laine ou de toile grossière, l'usage des chaufferettes, l'emploi d'injections, de lotions irritantes, la présence d'un écoulement leucorrhéique, les froissements d'un accouchement laborieux, et par-dessus tout le coït et l'onanisme.

I. Érythème. Il s'observe assez souvent sur la face cutanée des grandes lèvres, c'est une variété d'*intertrigo*, aussi le voit-on particulièrement chez les femmes grasses. Il est caractérisé par des taches très-rouges et superficielles, mais excoriées bientôt par le frottement des parties et laissant suinter un liquide séreux ou séro-purulent d'une odeur nauséabonde. Cet érythème cède aux lotions émollientes, à l'application de topiques oléagineux (cérat, *cold-cream*), et surtout à celle de poudres absorbantes (lycopode, fécule de pommes de terre), lorsque le suintement est abondant.

II. Érysipèle. Il occupe assez communément la vulve tout entière; il n'est parfois que l'extension de l'érysipèle d'une région voisine. Cette inflammation a cela de particulier, qu'elle détermine un sentiment de cuisson insupportable, et qu'elle oblige les malades à une sorte de masturbation irrésistible, ainsi que nous le notons encore dans d'autres maladies prurigineuses de la vulve. Les grandes lèvres, les petites lèvres et le clitoris, sont chauds, rouges et tuméfiés, ces parties ne tardent pas à s'œdématier; elles laissent quelquefois sourdre un liquide séro-purulent, analogue à celui qui est sécrété dans la vulvite proprement dite. On peut redouter dans certains cas de voir l'érysipèle de la vulve se terminer par la formation d'escarres gangréneuses.

Cette maladie ne réclame pas d'autre indication spéciale que celle de s'opposer à l'adhérence des parties enflammées, en les séparant soigneusement à l'aide de mèches ou de linges recouverts de cérat. Le traitement est du reste celui de l'érysipèle en général; les compresses camphrées, avantageuses dans les inflammations érysipélateuses, mériteraient peut-être d'être employées dans l'érysipèle de

la vulve à cause de la propriété anti-aphrodisiaque du camphre.

III. Herpès vulvaris. Cet herpès est caractérisé par des vésicules semblables à celles de l'*herpès præputialis*, c'est-à-dire petites, globuleuses, contenant un liquide séreux transparent d'abord, puis d'un aspect puriforme; ces vésicules causent beaucoup de chaleur et de démangeaison; elles se rompent vers le quatrième ou le cinquième jour, elles sont disposées en groupes distincts; quelquefois plusieurs vésicules se réunissent et forment alors de petites bulles; le vagin laisse écouler des mucosités abondantes. Quant aux excoriations superficielles consécutives à la rupture des vésicules, elles diffèrent beaucoup des ulcérations syphilitiques (*Voy.* Sympt. syphilit. de la vulve). Des bains de siége, des lotions émollientes, puis saturnines, triomphent de cette maladie.

IV. Eczéma de la vulve. Son début est annoncé par une chaleur et un prurit extraordinaires; les vésicules se rompent pour ainsi dire dès leur naissance, aussi la forme élémentaire de cette maladie est-elle souvent méconnue; les douleurs deviennent intolérables, des excoriations se forment, un écoulement d'une odeur fade a lieu par le vagin; l'émission des urines est souvent douloureuse, le coït est impossible ou très-douloureux, les malades s'abandonnent à de fréquentes masturbations. Souvent il existe une tuméfaction très grande qui rend la marche douloureuse. On pourrait donc assez facilement confondre l'eczéma avec le *prurigo pudendi*, si on ne retrouvait quelques vésicules à la partie interne des cuisses ou à la marge de l'anus, ou des croûtes, soit humides, soit sèches, provenant du liquide concrété contenu dans les vésicules; aussi a-t-on appelé cette maladie *dartre squammeuse humide ou sèche*. Ces derniers caractères distinguent l'eczéma de l'inflammation des follicules vulvaires.

« Cette variété de l'eczéma a été quelquefois prise pour une affection syphilitique, et il est souvent difficile, lorsqu'elle est accompagnée d'un écoulement leucorrhéique, de déterminer si ce flux est la cause ou l'effet du développement de l'éruption vésiculeuse. Cependant les humeurs qui s'écoulent du vagin chez les femmes atteintes de leucorrhée ou de blennorrhagie donnent bien plus souvent lieu à des *intertrigo* qu'à de véritables eczéma. » (Rayer, *Dict. de Méd. et Chir. prat.*, vol. VI, pag. 578)

Le traitement est celui de l'eczéma des autres régions, mais cette variété est souvent très-rebelle aux agents thérapeutiques. (*Voy.* Maladies de la peau.)

V. Lichen de la vulve. Les papules du lichen *agrius*, c'est-à-dire une éruption de papules saillantes, acuminées, d'un rouge vif, naissant sur une surface érythémateuse, causant un prurit brûlant intolérable avec paroxysmes au déclin du jour ou dans la nuit, se propagent parfois des membres inférieurs sur la face interne des grandes lèvres, sur les nymphes et sur la surface muqueuse du vagin; alors les souffrances deviennent vraiment intolérables, les malades se grattent, s'égratignent; les papules sont hâtivement déchirées; de ces excoriations s'écoulent une sorte de sérosité qui se concrète sous forme de croûtes jaunâtres un peu rugueuses, et parfois un liquide sanguinolent; souvent le prurit excite des titillations voluptueuses par les frottemens répetés et ressentis par le clitoris. Le lichen peut gagner le méat urinaire, et rendre ainsi la miction très-pénible. Comme le *prurit* est le phénomène dominant de cette affection, elle a pu être prise pour un *eczéma* ou un prurigo. Ce n'est souvent que par des recherches minutieuses qu'on peut s'assurer de l'existence des papules du lichen. Le traitement est celui du lichen en général; nous citerons à l'occasion du *prurigo vulvaire*, quelques formules qui ont peut-être procuré la guérison du lichen méconnu.

VI. Prurigo pudendi muliebribus. Maladie caractérisée par des papules de prurigo (papules plus larges et moins rouges que celles du *lichen*; après avoir été écorchées, elles sont remplacées par de très-petites croûtes noires circulaires), occupant le mont de Vénus, les grandes lèvres, et souvent la membrane muqueuse de la vulve, qui devient alors rouge, sèche, rugueuse et inégale, à cause de la présence de ces élevures; ce prurigo est ac-

compagné ordinairement d'une inflammation du vagin avec écoulement plus ou moins copieux et irritant.

M. Tanchou avance que sur les parties revêtues de poils, c'est particulièrement dans le bulbe de ces petits organes que se loge chaque grain de l'éruption.

Lorry a tracé un remarquable tableau des douleurs et des symptômes occasionnés par le prurigo et le lichen des parties génitales.

« Cette maladie attaque particulièrement ceux qui ont dépassé l'âge de la puberté, et qui, doués d'un appétit vénérien très-prononcé, vivent dans la continence et la chasteté. Les femmes en sont aussi atteintes mais dans un âge plus mûr. Au commencement, la maladie se présente d'abord sous un aspect assez benin, et ne cause que de la démangeaison ; mais plus tard,...... surgit une ardeur incroyable pour les plaisirs vénériens. C'est en vain que la morale et la pudeur résistent à ces désirs; la main se porte involontairement vers les parties irritées : *scalpendoque malum irritatur et animus ipse in partem operis venit cum artuum tremore et palpitatione.* Il y a des heures de rémission pendant lesquelles les malades jouissent de quelque tranquillité, mais le mal se reproduit par des accès qui se montrent surtout la nuit. Les relations familières qui existent entre les personnes de sexe différent contribuent beaucoup à entretenir les paroxysmes. Le vin, les épices, le café, les spiritueux accroissent les accidents...... Les parties n'offrent pas précisément d'éruption *lichénoïde*, mais elles ont un épiderme rugueux d'où suinte une perspiration odorante dont le produit ne tache pas le linge et n'adhère pas aux doigts, mais rend la peau onctueuse au toucher. A mesure que la maladie s'accroît, le prurit devient de plus en plus insupportable ; les paroxymes redoublent de force et de fréquence, si bien que le malade, perdant toute retenue, ne saurait s'empêcher de se gratter, même en présence d'un roi ! Souvent, dans l'intervalle même des paroxysmes, la peau est le siége d'élancements douloureux, comme si elle était traversée par des aiguilles enflammées, et cette sensation pénible arrache des cris au malade. La peau se gerce, se ride, se fendille ; elle est écorchée par les ongles du patient ; le moindre frottement lui fait exhaler un liquide odorant, et l'éréthisme vénérien devient continu. » (Lorry, *De morb. cutaneis*, in-4°, p. 449.)

Cette fâcheuse maladie devient assez souvent une cause d'onanisme et même de nymphomanie. « M. Biett l'a observée chez une femme de soixante ans; il examina les parties génitales à la loupe, il n'y découvrit jamais rien. Cependant cette femme avait des pollutions fréquentes; la maladie avait commencé d'abord par des démangeaisons ; celles-ci augmentèrent et prirent le caractère de la nymphomanie : la malade avait des syncopes à la vue des jeunes gens. » (Cazenave et Schédel.) Le traitement doit être d'abord antiphlogistique ; si l'état de la femme le permet, on pratiquera une saignée du pied, on fera des applications de sangsues à la vulve, et des lotions avec de l'eau fraîche chargée de sucs émollients ou calmants ; on emploiera des douches ainsi composées.

Il importe de ne pas coucher les malades mollement et chaudement. Le paroxysme nocturne est diminué par des applications réfrigérantes : si le prurigo ne cède pas à ces moyens, on pourra recourir aux douches gélatino-sulfureuses, aux lotions alcalines.

M. Trousseau a préconisé les lotions mercurielles d'après cette formule :

℞	Deuto-chlorure de mercure. .	8 grammes.
	Alcool.	q. s. pour dissoudre.
	Eau distillée.	325 grammes.

1 à 4 cuillerées à café dans 500 grammes d'eau tiède.

§ 5. — Symptômes syphilitiques qu'on observe à la vulve.

Les symptômes qui se manifestent le plus fréquemment à la vulve sont les chancres. On les voit placés à la face interne des grandes et des petites lèvres ; le plus souvent, on les remarque immédiatement en dehors des caroncules. On a dit qu'ils étaient généralement plus superficiels et moins rebelles que chez l'homme. Il est remarquable avec quelle facilité on les fait quelquefois disparaître

par une légère cautérisation ou par des bains. Quelquefois aussi on voit des ulcères indurés disparaître avec une rapidité incroyable sous l'influence d'un moyen insignifiant ou du repos ; mais ils récidivent avec une extrême facilité, parce qu'ils sont taillés sur un fond endurci malade. Cet endurcissement doit avoir disparu pour avoir la certitude d'une guérison définitive ; or, là est une grande difficulté pratique, laquelle est souvent augmentée par les malades, qui, croyant être guéries complétement quand l'ulcère n'existe plus, refusent de suivre jusqu'au bout le traitement général de la syphilis.

Les pustules sont aussi très-fréquentes à la vulve, ou pour mieux dire les *tubercules plats*. Ils sont semés quelquefois, en grande quantité et par groupes serrés, sur les faces interne et externe des lèvres, se répandent vers le périnée, vont jusqu'à l'anus, et il n'est pas rare de les voir envahir les cuisses. Quand on constate ces tubercules par myriades, on peut assurer que la femme qui les porte n'a pas eu soin d'elle. Ce sont ordinairement les femmes de la campagne, celles qui ne savent pas ce que c'est que la propreté, qui sont ainsi couvertes de tubercules plats ou de pustules. Ces symptômes sont bien plus rarement observés chez les femmes des villes et surtout chez les filles publiques, car leur profession les oblige à observer les lois de l'hygiène, et des règlements de police, qui préviennent un développement aussi considérable du symptôme syphilitique dont il est ici question. Il est remarquable de voir, quelquefois, avec quelle facilité, quelle rapidité ces tubercules disparaissent, et cela, sous l'influence seule de quelques lotions, de quelques bains simples ; mais craignez une récidive. Aussi le traitement de ces turbercules et des pustules de la vulve ne doit être considéré comme complet que quand il aura été général.

Les végétations sont plus fréquentes sur les lèvres génitales de la femme que sur le prépuce de l'homme. Chez la femme aussi, ces excroissances gagnent plus souvent le méat urinaire pour pénétrer dans l'urètre. Quand elles prennent ce chemin, elles sont d'une ténacité extraordinaire. Elles saignent avec une grande facilité, et leur extirpation complète est difficile. Ces végétations, comme celles qui naissent sur les parties génitales de l'homme, se reproduisent avec une grande opiniâtreté si on n'emploie pas le mercure, et même, sous l'influence du traitement par ce métal, on les voit quelquefois persister. Ce sont d'ailleurs ordinairement les très-jeunes femmes et celles qui sont plus ou moins lymphatiques, les blondes, chez lesquelles on constate le plus souvent ce symptôme.

ARTICLE VII.

OEdème de la vulve.

La position déclive des grandes lèvres, et le tissu cellulaire filamenteux très-extensible qu'elles contiennent abondamment, facilitent l'amas de la sérosité dans ces replis membraneux.

L'œdématie de la vulve apparaît dans deux circonstances diverses : 1° lorsqu'il y a phlogose des grandes lèvres, c'est alors une complication de l'inflammation (*Voy.* plus haut); 2° dans l'absence de toute inflammation, mais lorsqu'il existe un obstacle à la circulation qui comprime les vaisseaux pelviens; ce phénomène a été surtout fréquemment observé pendant la grossesse.

La vulve tout entière est œdémateuse, mais elle l'est généralement plus d'un côté que de l'autre. Cette maladie se reconnaît dans le plus grand nombre des cas, à la tuméfaction molle des parties, à la particularité qu'elles ont de conserver l'enfoncement produit par la pression du doigt. Enfin cette tuméfaction diminue considérablement dans la position horizontale, augmente au contraire après la station verticale et la progression.

Si l'œdème est une conséquence de la vulvite, les grandes lèvres sont rouges et douloureuses ; mais elles sont pâles et indolores si l'œdème est le résultat d'un obstacle au retour du sang.

La durée de cette maladie est subordonnée à celle de l'existence de sa cause.

« L'œdématie extrême des grandes lèvres, dit Désormeaux, est un obstacle à l'accouchement, et on doit craindre de voir ces parties, ainsi tuméfiées, se rompre au lieu de s'affaisser et de se distendre. On peut pratiquer quelques mouchetures

pour évacuer une partie de la sérosité ; mais ces mouchetures doivent être très-légères, car il serait à craindre qu'en intéressant le tissu des parties, elles ne facilitassent sa déchirure lors du passage de la tête. » (*Rép. gén. des Scienc. méd.*, t. XIV, p. 380.)

M. Moreau a vu quelquefois la distension œdémateuse extrême des grandes lèvres, en occasionner la gangrène. Ce praticien oppose à l'œdème partiel le repos dans la position horizontale, l'usage des diurétiques, les laxatifs doux et quelquefois les mouchetures.

D'après M. Velpeau, l'œdème de la vulve peut exister à un haut degré après comme avant l'accouchement. « L'infiltration des parties génitales externes peut être portée au point de fermer la vulve et par conséquent de s'opposer au libre écoulement des lochies. » Voici la conduite à tenir selon le même auteur. « Si le gonflement est purement lymphatique et sans douleurs, il suffit, pour le faire disparaître, de pratiquer quelques mouchetures un peu profondes, à la face interne du pudendum. Quand il y a de la sensibilité et des signes d'inflammation, on a recours aux bains, aux embrocations, aux cataplasmes émollients, aux sangsues même si le cas le requiert. » (Velpeau, *Traité complet de l'art des accouchements*, t. II, p. 643).

ARTICLE VIII.

Abcès de la vulve et fistules vulvo-rectales.

Il y a trois points de départ aux inflammations de la vulve. Celles qui naissent du côté de la surface cutanée, donnent rarement lieu à des abcès. Celles qui débutent par la surface muqueuse sont plus fréquemment suivies de suppuration ; elle a lieu surtout chez les jeunes filles, après le premier coït exercé avec des organes disproportionnés ; pendant les règles, pendant la grossesse, après des applications intempestives, mal faites, ou trop souvent répétées du spéculum. Il est aussi des abcès qui sont dus à l'inflammation des glandules dont nous avons parlé dans le précédent paragraphe, et il est évident pour nous que souvent M. Denis a confondu ces abcès avec l'affection décrite par M. Robert et qu'il appelle *irritation* sécrétoire. Les inflammations de la vulve qui ont leur point de départ dans le tissu cellulaire qui est dans l'épaisseur des lèvres génitales ; ces inflammations sont le plus souvent suivies d'abcès : on pourrait même dire que cette terminaison est constante et qu'il est impossible de l'éviter, quelles que soient l'énergie, la constance, et la célérité qu'on mette dans l'emploi des antiphlogistiques. D'ailleurs, voici les opinions de M. Vidal sur les abcès de la vulve qu'il a étudiés d'une manière particulière.

Chez les femmes, et pendant la grossesse, il se forme souvent des abcès dans les grandes et petites lèvres. Un doigt introduit dans le vagin repousse en dehors la tumeur, la fixe en même temps, et on peut ainsi s'assurer, avec l'index de la main opposée, si elle contient du pus. Les abcès qui surviennent pendant la grossesse sont moins souvent suivis de fistules et d'autres accidents, même quand ils sont ouverts par les efforts seuls de la nature. Il n'en est pas de même des abcès qui surviennent autour de la vulve pendant une blennorrhagie ; c'est souvent pendant une forte blennorrhagie que ces abcès se développent ; quelquefois c'est au moment où la blennorrhagie vient de s'arrêter ; ordinairement il n'y a qu'un abcès, et son siége le plus fréquent est dans l'épaisseur des lèvres génitales, sur le point où les petites se perdent sur les grandes. Le pus est toujours plus voisin de la muqueuse que de la peau ; aussi, par le développement de la tumeur, la vulve se trouve-t-elle rétrécie. La collection est ordinairement peu considérable, et quelquefois ce sont les douleurs seules qui accusent son existence. Il est même de ces abcès qui n'ont été reconnus qu'après leur ouverture spontanée. Du pus baignait les bords de la vulve, et c'est alors qu'on est allé à la recherche du foyer. On est surpris de voir du pus se former dans des parties réputées si sensibles, sans donner lieu à des symptômes qui décèlent le mal ; mais voici les explications que M. Vidal donne : « 1° D'abord les filles publiques ont souvent intérêt à cacher ces abcès ; 2° quand la blennorrhagie est très-intense, les cuissons et les chaleurs qu'elle occa-

sionne masquent, pour ainsi dire, la douleur de l'abcès, surtout quand il est petit et qu'il siége sur un point des lèvres où le tissu cellulaire est lâche; 3° il y a une espèce d'abcès qui est parfois indolent, c'est celui qui survient à la suite d'une collection sanguine déterminée par un coup, ou se formant d'une manière spontanée. Le sang se transforme en pus avant le développement de l'inflammation; à peine celle-ci s'est-elle déclarée, que la muqueuse est percée et que le pus sort.

» Je sais que tous les pathologistes n'admettent pas cette transformation du sang en pus : je ne puis, ici, discuter cette question, mais je la considère comme résolue; Lamotte avait déjà apporté de forts arguments en faveur de cette doctrine, et les travaux récents sur les humeurs la confirment tous les jours. Quand le sang est évacué avant sa transformation, il ne s'ensuit pas de fistule. » (*Pathologie externe*, tome I, pag. 246 et suiv.)

L'ouverture spontanée de l'abcès est quelquefois très-petite, on la cherche en vain pendant longtemps; il semble qu'un seul follicule muqueux se soit ouvert. Parfois, le pus ne sort que par une pression assez forte; et il arrive qu'il ne s'écoule que pendant l'application du spéculum.

Souvent des fistules succèdent à ces sortes d'abcès; elles n'ont ordinairement qu'une seule ouverture, quand l'abcès occupe la grande lèvre; si, au contraire, son siége était vers la fourchette ou sur le point correspondant du vagin, il s'établit une communication avec le rectum. Il existe un nombre considérable de filles publiques qui ont des infirmités de cette nature, et ce sont tout autant de dépôts de virus.

On peut expliquer la fréquence de ces infirmités : 1° par la laxité du tissu cellulaire des parties affectées; 2° par le peu d'épaisseur des aponévroses du périnée; 3° par le nombre considérable des ouvertures que présentent ces membranes. Comparez l'aponévrose superficielle du périnée de l'homme à celle de la femme, et il vous sera facile de concevoir la facilité avec laquelle le pus des parties génitales passe dans le rectum, tandis que la difficulté est très-grande chez l'homme. Sans cette disposition anatomique, la plupart des fistules urinaires des hommes s'ouvriraient dans le rectum ou autour de l'anus, ce qui est très-rare.

Si la fistule est incomplète et l'abcès très-petit, la nature arrive parfois à la guérison par un procédé qu'il est bon de noter afin d'éclaircir le diagnostic des chancres.

L'ouverture primitive, dit M. Vidal, ne se ferme pas; mais les bords s'émoussent sans s'épaissir; la consistance, la couleur restent normales. Le fond du petit abcès contiendrait un petit pois, il est tapissé d'une muqueuse de nouvelle formation qui sécrète ni plus ni moins que celle de la vulve, mais elle est un peu plus rouge; aussi, au premier aperçu, on prendrait cela pour un chancre. En examinant de près, on constate une espèce de diverticulum de la vulve, une arrière-cavité, dans laquelle s'accumulent parfois des produits sébacés. Ces lacunes ressemblent beaucoup à celles qui sont naturelles aux amygdales, lesquelles ont été confondues quelquefois avec des ulcères vénériens.

Pour vider les abcès de la vulve, M. Vidal préfère pratiquer l'incision sur la face externe de la grande lèvre, du côté de la peau, au lieu de tailler du côté de la muqueuse et du côté du vagin; car, par ce dernier procédé, la plaie se trouve baignée par les humeurs qui sortent du vagin; or, pendant l'existence des lochies, d'une affection de l'utérus ou d'une vaginite, cette plaie serait continuellement en contact avec des humeurs qui pourraient lui donner un mauvais caractère. Pour la réussite, il faut qu'on opère dans les commencements de l'abcès, car, si on attend trop, on n'empêchera pas, par la première incision, la perforation de la muqueuse. On ne doit pas se contenter d'une simple incision, rarement elle pourrait permettre l'évacuation complète du pus. Et d'ailleurs, quand nous sommes appelés à pratiquer une pareille opération, le plus souvent l'abcès s'est reproduit plusieurs fois, ce qui fait supposer la formation d'un kyste; on fera bien alors de pratiquer l'excision au lieu de la simple incision. Pour cela, après avoir incisé selon le plus grand diamètre de la grande lèvre, on incisera, en sens contraire, sur

chaque lèvre de la plaie qu'on vient de produire. On aura ainsi formé quatre lambeaux dont l'excision sera faite à leur base, et le plus près possible du foyer. Le tout sera bourré de charpie pour que ce qui reste des parois du foyer se couvre de bourgeons charnus, qui fourniront une cicatrice solide.

Il est quelquefois difficile de trouver le fond de ces abcès ; car, comme nous l'avons dit, il se creusent de petites sinuosités dans l'épaisseur des grandes lèvres, du côté du rectum. Alors même le traitement le plus méthodique n'empêche pas le suintement d'une humeur purulente, qui peut très-bien prendre des qualités contagieuses. Quelquefois, au lieu de se borner aux lacunes des lèvres, ces fusées vont jusqu'au rectum et le perforent ; il y a alors fistule. Si on veut opérer comme pour les fistules à l'anus, c'est-à-dire par l'incision, il faut que celle-ci comprenne tout le périnée, ce qui constitue une opération grave ; car on établit, entre l'anus et le vagin, une communication qu'il n'est pas toujours possible de détruire. Il faut préférer la cautérisation. On charge une sonde cannelée de nitrate d'argent qu'on coule dans la cannelure ; on donne à cet instrument les inflexions de la fistule, préalablement explorée plusieurs fois ; puis, avec cette sonde, on parcourt le trajet fistuleux qui se trouve cautérisé dans toute son étendue, et sur tous ses points, si on a eu le soin de tourner la sonde entre ses doigts.

Cependant M. Amussat a observé un très-beau cas de fistule de cette espèce sur une jeune fille de 18 ans, et chez laquelle la guérison a été obtenue par un procédé analogue à celui qu'on emploie dans les fistules à l'anus.

ARTICLE IX.

Kystes de la vulve.

L'histoire de ces kystes se lie maintenant à celle des abcès, c'est ce qui nous a fait rapprocher ainsi ces deux paragraphes. Les kystes ont été étudiés avec soin par Boyer, MM. Boys de Loury, et Vidal (de Cassis). M. B. de Loury en a fait le sujet d'un travail qu'il a lu à la *Société de Médecine de Paris*, et qui a été inséré dans la *Revue médicale* du mois de mars 1841. Ce travail a été reproduit en grande partie dans les *Annales de la Chirurgie* (avril 1841) ; et comme on y a joint les recherches de M. Vidal, c'est surtout dans ce recueil que nous allons puiser.

Selon M. Boys de Loury, les kystes des grandes lèvres sont fréquents ; cependant il en est peu question dans la pratique de la ville. Les femmes cachent autant que possible cette affection qui peut être portée pendant un temps plus ou moins long sans danger. Les filles publiques subissant des examens fréquents, on trouve que ces tumeurs sont beaucoup plus communes chez elles. Une cause de fréquence qui tient à leur profession, c'est l'action si fréquemment répétée du coït, souvent à un âge encore tendre et avec des organes peu proportionnés. Les kystes occupent ordinairement une seule lèvre, plutôt la gauche que la droite ; quand ils sont aux deux côtés, on les trouve souvent à la même hauteur. Peu développées d'abord, ces tumeurs font à peine saillie à l'orifice du vagin, vers la muqueuse qui recouvre le côté interne de la grande lèvre. Il n'y a aucun changement de couleur à la peau. Le toucher accuse une tumeur également arrondie, souvent dure, quelquefois élastique : on peut y sentir une fluctuation manifeste quand elles ont un certain volume ; quand le kyste est petit, la fluctuation est impossible. Ils sont ordinairement indolents ; ils sont portés un grand nombre d'années, sans autre inconvénient que la gêne qui résulte du poids et de la grosseur.

M. B. de Loury dit que ces tumeurs sont assez ordinairement placées au-dessous de la muqueuse ; on les rencontre aussi placées profondément. M. Vidal a constaté, nombre de fois, que les vrais kystes étaient profonds. M. B. de Loury en a rencontré qui formaient un chapelet composé de plusieurs kystes s'étendant dans toute la longueur du vagin. Il a vu aussi deux kystes accolés de telle manière que l'extrémité de l'un paraissant à la grande lèvre, on put croire en avoir débarrassé la malade, après l'avoir ouvert ; plus tard, on aperçut au fond de ce kyste, déjà ouvert, un petit orifice conduisant à

une poche plus volumineuse, suivant les parois du vagin. On fendit alors toute cette poche dans la direction du vagin, et, ayant écarté les bords de la plaie, de manière que le fond du kyste parût à l'extérieur, la malade obtint une guérison complète.

Les kystes diffèrent entre eux autant par leur volume que par leur nature. Sous la muqueuse vaginale, il en est qui ont le diamètre d'un pois; progressivement ils s'élèvent à des dimensions très-considérables. Leur ouverture est très-rarement spontanée. Ils sont, le plus souvent, remplis ou d'un liquide entièrement incolore, ou d'une humeur épaisse, gluante, de couleur jaunâtre ou opaline; cette humeur devient purulente lorsque les parois du kyste s'enflamment; on pourrait croire alors à l'existence d'un abcès. Si ces tumeurs s'ouvrent naturellement, leur orifice ne se referme pas, il se rétrécit; la sécrétion de l'humeur continue; elle remplit l'espèce de sac qui en est la suite, et se vide de temps en temps. Elle irrite, enflamme les parties, y cause des abcès : pour éviter cela, on ouvrira largement ces tumeurs; alors le fond pourra se rapprocher de la surface muqueuse des lèvres génitales et combler ainsi le vide laissé par le liquide qui a été évacué.

Ces kystes peuvent acquérir assez rapidement de grandes dimensions; ils dépassent quelquefois la grosseur d'une noix. Voici une observation très-remarquable que nous empruntons à Mauriceau, et qui prouve le volume que peuvent acquérir ces kystes et leurs rapports avec les tumeurs sanguines. « Le 1er février 1671, MM. Morel et Leclerc, mes confrères, me firent voir dans la basse-cour du palais d'Orléans, une dame lorraine âgée de plus de soixante ans, qui avait depuis vingt-cinq ans une de ces tumeurs de la grosseur des deux poings, à la lèvre gauche de la vulve. Morel en fit l'ouverture et en tira quantité de pus semblable à la lie-de-vin : après quoi cette femme fut parfaitement guérie de cette indisposition. » (Mauriceau, *Traité des maladies des femmes grosses*, etc., in-4°, t. I, page 181.) Tout est à noter dans cette observation, le volume de la tumeur, son ancienneté, la matière qu'elle contenait, l'âge de la malade et la guérison radicale par une simple ponction.

Les parois des kystes sont souvent formées par un tissu dur sans élasticité. Leur ouverture spontanée ou pratiquée par le chirurgien, donne issue à un liquide tantôt purulent, tantôt d'une autre nature. Rien n'est plus variable que la nature des matières que ces kystes renferment, depuis le liquide le plus clair et le plus transparent jusqu'à une matière épaisse, noirâtre et ressemblant à de la lie-de-vin (Mauriceau), à du méconium; depuis un liquide purulent jusqu'à un ichor sanguinolent. Nous avons vu ces tumeurs contenir un sang qui avait l'apparence du sang veineux pur. Lorsque ces tumeurs sont ouvertes, on en voit quelquefois sortir du sang aux époques menstruelles. Lorsque l'ouverture a été faite avec le bistouri, on voit la membrane qui forme leur enveloppe, blanche, organisée, lisse, sans cloison, présentant quelquefois de petits vaisseaux qui rampent à sa surface. Ces membranes acquièrent une épaisseur plus ou moins grande, qui ne dépasse pas deux millimètres; elles ont l'apparence des synoviales et des séreuses par leur poli et leur brillant; elles paraissent tenir aussi des membranes fibreuses par leur résistance; elles ont, dans toute leur étendue, une épaisseur semblable.

D'autres kystes, très-rares, renferment une matière graisseuse : ce sont des méliceris, des stéatomes développés à la surface interne des grandes lèvres ou à l'intérieur du vagin; ils sont plus consistants, plus épais que les premiers qui ont été décrits. On n'y perçoit jamais de fluctuation; ils sont durs, ou la matière qu'ils renferment, légèrement ramollie, permet la dépression sous le doigt; il n'y a pas d'élasticité. Ces kystes peuvent acquérir des dimensions très-considérables, le tissu cellulaire qui les enveloppe se durcit autour, de manière à former à la membrane kystique une lame externe; l'interne, au lieu de prendre l'apparence des séreuses, se couvre de villosités; elle est tomenteuse.

Il est de ces kystes que l'on pourrait appeler fibreux, à cause de leur texture qui paraît consister principalement en

tissus de cette nature. Outre cette substance, qui semble souvent être la continuation de leur enveloppe épaisse et solide, selon M. B. de Loury, on rencontrerait des plaques osseuses ou gypseuses. On voit aussi une partie de ces tumeurs être formée de substance transparente et gélatiniforme. Selon le même auteur, ainsi que dans les kystes de l'ovaire, on y rencontrerait, mais rarement, des dents et des poils. Ces derniers kystes ont donc la composition la plus complexe; ce sont aussi ceux qui offrent le plus de dangers, puisque la dégénérescence cancéreuse en serait souvent la suite, selon M.B. de Loury.

Les kystes les plus ordinaires sont remplis de liquide. Dans ce cas, il est très-difficile de disséquer et d'isoler complétement la membrane kystique des parties environnantes sans l'ouvrir; il faut avoir le soin d'en disséquer toute la partie antérieure et la plus accessible au bistouri ou bien de l'ouvrir très-largement, et d'enlever tout ce qu'on peut de cette membrane. C'est ce qu'on peut faire avec le bistouri, en soulevant les lambeaux avec une pince ou avec des ciseaux courbes sur le plat. Ce dernier procédé est le plus commode et le plus prompt; si on ne peut parvenir à enlever toute la membrane à cause de la profondeur à laquelle elle est située, il faut au moins la fendre avec le bistouri boutonné, et tamponner avec la charpie pour empêcher les bords de se rapprocher. Lorsqu'une assez grande partie du kyste ne peut être enlevée, il faut provoquer l'inflammation de ce qui reste. Quand les kystes s'ouvrent spontanément à la suite d'une inflammation, presque toujours l'ouverture, au lieu d'être à la partie la plus déclive, est à la partie moyenne. Il arrive alors que le kyste ne se vide pas en totalité, il se remplit et se vide alternativement. L'ouverture se rapproche quelquefois, mais non d'une manière assez solide pour empêcher que la matière ne s'écoule de temps en temps. Il y a des femmes qui, régulièrement, aux époques menstruelles, voient leurs kystes s'ouvrir, donner issue à une matière sanguinolente et se refermer ensuite. Lorsque des kystes sont portés depuis longtemps, leur ouverture finit par s'agrandir et ne pouvoir se refermer; alors une certaine quantité de matière suinte continuellement, salit les parties, coule quelquefois dans le vagin, y détermine de l'irritation, de l'inflammation, et devient une incommodité fort désagréable.

Voici une espèce de kyste dont M. Vidal a parlé le premier : « Il y a, dit cet auteur, une autre espèce de kyste que je considère comme une bourse muqueuse. Je suis porté à penser que chez les femmes qui, par passion ou par métier, ont souvent usé du coït, je suis porté à croire que, chez ces femmes, le frottement détermine la formation d'une bourse, comme on l'observe sur certains points de la peau qui sont soumis à des frottements souvent répétés. J'ai été conduit à cette opinion par l'analogie, je l'avoue franchement; mais j'ai ensuite observé des faits confirmatifs à l'hôpital de Lourcine. J'en possède surtout trois qui sont on ne peut plus favorables à mon opinion. Des trois femmes qui m'ont fourni ces observations, deux étaient fortement constituées, l'autre était très-nerveuse; elles atteignaient toutes trois la trentième année; et deux ont avoué, sinon l'abus, du moins un très-fréquent et long usage du coït. Les trois ont été opérées; j'ai extirpé des kystes à parois épaisses et contenant une humeur en tout semblable à une synovie un peu épaisse. Chez l'une d'elles, il y avait deux tumeurs situées l'une devant l'autre; la plus reculée était très-voisine de la branche ascendante de l'ischion. » Dans les autres kystes, ajoute M. Vidal, on trouve ordinairement une humeur dont la nature et les caractères dépendent de leur origine. Ainsi, si ces tumeurs sont dues à un abcès, l'humeur sera plus ou moins blanchâtre et trouble; si c'est un dépôt sanguin, le liquide tirera plus ou moins sur le rouge ou le brun. Nous avons cité le fait de Mauriceau; il est question d'un kyste dont la ponction fit sortir une quantité de matière anévrismale, semblable à la lie du vin rouge. Il est évident que c'était là un sang altéré. Le kyste avait été, dans son origine, une tumeur hématique. « Tous ces kystes doivent être extirpés complétement; si on se contente de les ouvrir, ils se reproduiront. On risque même de les voir revenir si on n'enlève qu'une partie de leurs parois. » (*Pathologie externe*, tom. v, pag. 737 et suiv.)

M. Amussat, qui a pratiqué plusieurs fois l'extirpation de ces kystes, recommande aussi de les enlever le plus complétement possible, de cautériser ensuite afin de détruire ce qui aurait pu rester, et de favoriser la cicatrise assez lente à arriver.

ARTICLE X.

Hypertrophies de la vulve.

§ 1. — Hypertrophie simple.

L'extrême développement des parties qui concourent à former la vulve est un état normal chez les femmes de certains pays; mais chez les Européennes, l'hypertrophie de la vulve est presque constamment un phénomène morbide. On ne saurait dire précisément où commence cette hypertrophie, mais on juge fort bien son existence par comparaison.

Le développement hypernormal de la vulve peut comprendre toutes les parties dont elle se compose, ou n'affecter qu'une seule de ces parties. L'hypertrophie, souvent, ne change ni la forme ni la couleur des replis vulvaires. D'autres fois, elle modifie singulièrement l'aspect de la vulve. En général, cette hypertrophie est indolore et sans symptômes inflammatoires. Quelquefois, quand elle atteint un haut degré, elle est gênante, surtout pendant la marche. L'excès de développement des replis vulvaires s'opère d'ordinaire graduellement; dans quelques cas il a, dit-on, lieu tout à coup, d'une manière métastatique. L'hypertrophie des grandes lèvres a presque toujours lieu pendant la grossesse; elle est souvent déterminée par la leucorrhée, et parfois la gêne qu'elle occasionne dans les mouvements s'accompagne de supersécrétion. L'hypertrophie qui porte exclusivement sur les nymphes peut être héréditaire ou acquise dans les mêmes circonstances que celle des grandes lèvres.

Traitement. Dans certains cas, attendre l'accouchement, ou guérir la leucorrhée, rappeler une maladie antérieure, lorsque l'hypertrophie est idiopathique. On peut essayer d'abord les lotions, les applications astringentes, puis iodées. Si ces moyens sont insuffisants, on aura recours à la compression avec une pince de bois semblable à celle employée par M. Gerdy pour le varicocèle, et dans quelques cas extrêmes, à la résection.

§ 2. — Eléphantiasis de la vulve.

L'éléphantiasis de la vulve n'est pas très-rare. Il se borne souvent à un développement considérable des grandes et des petites lèvres, qui, par exception, porte aussi sur le clitoris. Quand l'éléphantiasis se prononce, les parties prennent l'aspect des bourses qui, chez les hommes, ont été le siége de cet excès de nutrition. Des veines plus ou moins nombreuses, plus ou moins volumineuses, rampent autour des parties ainsi hypertrophiées. Nous avons dit que cet éléphantiasis n'est pas rare : en effet, MM. Velpeau, Guersant, Vidal, Monod, en ont observé quelques cas. Mais ce qui est rare, c'est de le voir développé, comme le prouve l'observation suivante, que nous transcrivons en entier, car nous la croyons unique dans la science. Il y avait une tumeur à droite, l'autre à gauche de la vulve.

« Chacune d'elles ressemblait à la tête d'un enfant; elles étaient rugueuses, inégales dans les trois quarts de leur périphérie, lisses en dedans, d'un rouge violet; leur bord saillant, ou plutôt la base était couverte de croûtes pustuleuses et laissait échapper une humeur d'une odeur désagréable. Ces tumeurs étaient suspendues ou attachées par des racines assez minces, aux branches des os ischion et pubis. Elles étaient dures, insensibles, et comme squirrheuses; chacune d'elles avait treize pouces et quelques lignes de circonférence, quatre pouces dans le diamètre transversal, et sept pouces de hauteur. Cette femme, d'une constitution maladive, avait les pieds attaqués d'un commencement d'éléphantiasis, les lèvres épaisses et de couleur plombée, les gencives pâles et ulcérées, le visage décoloré, les yeux tristes, l'appétit dépravé, et elle était portée à la mélancolie; d'ailleurs les fonctions digestives se faisaient bien. J'attribuai la formation de cette maladie au vice éléphantiasique dont elle était affectée. Il est à remarquer que Haumet-Fatôme (c'est le nom de cette femme) n'avait jamais été réglée. Je me proposai d'extirper ces tumeurs, et je commençai

à préparer la malade par les remèdes que j'avais déjà employés avec succès contre l'éléphantiasis; après six semaines de ce traitement, les pieds, les jambes et les lèvres étaient dégorgés et revenus à leur état naturel. La femme avait pris de l'embonpoint; les tumeurs s'étaient un peu ramollies; l'humeur qui transsudait des petits ulcères recouverts de croûtes était en moindre quantité, et avait perdu de son odeur fétide; enfin, j'estimais que la malade était dans le cas de subir l'opération. La nécessité d'amputer ces deux tumeurs avait été reconnue dans une conférence clinique tenue à ce sujet, et l'opération en avait été fixée au lendemain, lorsque l'ordre de suivre l'armée, qui se mettait en marche pour Alexandrie, me força d'abandonner la malade. » (Larrey, *Relation historique et chirurgicale de l'expédition de l'armée d'Orient, en Égypte et en Syrie*, page 273.)

M. Vidal a opéré à Lourcine, dans le service de M. Hourmann, une femme qui présentait un fait remarquable par le développement des veines qui entouraient les parties hypertrophiées. Cette circonstance l'engagea à prendre les plus grandes précautions pour arrêter l'hémorrhagie; mais, contre son attente, après l'extirpation d'une grande partie des petites et des grandes lèvres, il n'eût aucune hémorrhagie à réprimer. L'effusion sanguine fut peu considérable et s'arrêta d'elle-même. Il y a eu récidive de la tumeur, et la femme n'a pas voulu se laisser opérer une seconde fois.

M. Denonvilliers a récemment communiqué à l'Académie un fait de ce genre, dans lequel il paraît aussi y avoir eu récidive, ou du moins réapparition de la maladie sur d'autres points du corps. Voici ce fait, publié par l'auteur lui-même :

« Une jeune fille, âgée de dix-huit ans, bien conformée et d'une bonne santé habituelle, entra à l'hôpital Saint-Antoine, dans la première moitié du mois de juillet 1842, pour y être traitée d'une tumeur située à la grande lèvre du côté droit. Cette tumeur offrait un volume presque égal à celui des deux poings réunis; elle était arrondie, un peu allongée d'avant en arrière, rétrécie légèrement à sa base, et par conséquent supportée par un large pédicule, sans aucun changement de couleur à la peau, parfaitement indolente, d'une consistance singulière, car elle paraissait enveloppée d'une écorce dure sous laquelle se trouverait enfermée une substance plus molle, donnant au toucher cette sensation particulière qui appartient à certains lipômes ou à des kystes médiocrement remplis de liquides. La circonscription de la tumeur était assez exacte, mais on remarquait un peu d'empâtement à sa base, et la grande lèvre du côté opposé avait le volume d'un œuf de pigeon et présentait des altérations analogues à celles qui viennent d'être décrites. De plus, sur l'une comme sur l'autre, on voyait quelques plaques inégales, grenues, et semblant résulter de l'agglomération de petits corpuscules, du volume de grains de millet, rapprochés les uns des autres et formés aux dépens de la peau.

» La tumeur dont il s'agit s'était développée lentement et par des progrès insensibles depuis neuf ans, sans causer de douleurs et sans donner lieu à aucun dérangement dans la santé générale; mais la malade, interrogée avec soin, raconta qu'elle était, dans sa première enfance, sujette à des engorgements dans les aines, à des démangeaisons, à des rougeurs qui siégeaient à la partie supérieure des cuisses et augmentaient quand elle marchait beaucoup ou quand elle restait quelque temps les jambes croisées. Ce qui vient à l'appui de ce récit, c'est qu'on trouva effectivement encore des ganglions inguinaux tuméfiés et indurés.

» D'après les antécédents et les symptômes actuels, M. Denonvilliers pensa qu'il s'agissait de cette altération de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané qui est connue sous le nom d'éléphantiasis des Arabes, et que la consistance singulière de la tumeur principale dépendait de ce que la peau, étant la partie primitivement affectée, offrait plus de dureté que le reste, tandis que le centre moins altéré devait sa mollesse à une infiltration séreuse assez abondante.

» M. Denonvilliers crut qu'il ne fallait pas laisser la maladie s'aggraver, car on sait que les tumeurs éléphantiasiques de cette région peuvent parvenir à un vo-

lume monstrueux, et qu'on devait enlever la tumeur principale d'abord, sauf à en faire autant plus tard de celle qui commence à envahir la grande lèvre gauche.

» Le pédicule fut cerné par deux incisions, et la tumeur enlevée et mise sous les yeux de l'Académie de médecine. On put alors s'assurer de l'exactitude du diagnostic porté avant l'opération.

» La tumeur était, en effet, réduite de moitié par suite d'un écoulement d'une grande quantité de sérosité qui occupait la partie centrale, et, dans ce qui restait, on voyait manifestement une trame blanche, nacrée, à fibres résistantes, épaisses et d'autant plus serrées et indistinctes qu'on se rapprochait davantage de la surface. Là, le derme et les couches de tissu cellulaire sous-jacent formaient une masse très-dense, homogène et de consistance presque cartilagineuse.

» Après l'opération, qui est pratiquée déjà depuis une semaine, les lèvres de la plaie ont été rapprochées et maintenues par quinze épingles fines, qui furent enlevées dans les quatre jours suivants. La réunion s'est faite en partie; mais le sixième jour est survenu un érysipèle borné aux environs de la plaie; les ganglions inguinaux se sont légèrement gonflés, et la grande lèvre gauche a doublé de volume; de la tuméfaction et de la dureté se remarquent aussi dans les régions pubienne et périnéale. Ces symptômes font craindre que la maladie ne poursuive sa marche et n'envahisse le pourtour de la vulve. » (*Gazette des Hôpitaux*, 4 août 1842.)

Si on opérait pour une tumeur aussi développée que celles qui ont été observées par M. Larrey, il faudrait nécessairement sacrifier une grande partie des téguments. Ce sont ceux surtout qui sont le plus altérés qu'on devrait enlever. Mais si des tumeurs comme celle qui a été enlevée par M. Vidal ont récidivé, que sera-ce des tumeurs qui auront le volume et les racines de celles qui ont été observées par l'illustre chirurgien cité?

ARTICLE XI.

Tumeurs érectiles, varices de la vulve.

Il a été fait mention des tumeurs sanguines en parlant des contusions des grandes et des petites lèvres. Celles dont il va être question sont surtout produites par un développement anormal du système vasculaire.

Nous avons entendu Dupuytren citer, dans ses leçons cliniques, deux cas de tumeurs érectiles qui occupaient les lèvres génitales d'une jeune fille. M. Moreau a communiqué le fait suivant à M. Vidal qui l'a inséré dans le premier volume de son ouvrage. « Une fille d'un agent de change de Paris naquit avec une tumeur érectile dans l'épaisseur de la grande lèvre gauche, elle s'étendait dans le vagin. M. Moreau consulté, fut pour la temporisation. Dubois approuva M. Moreau. Malgré la proposition faite par M. Dupuytren d'exciser la tumeur, on suivit le premier conseil, et la nature fit une cure que le chirurgien n'eût pu entreprendre sans difficulté et sans compromettre les jours de la jeune fille. » (Pag. 427.)

Ce cas est fort heureux, il doit sans doute nous prémunir contre une trop grande précipitation. Mais il ne faut pas qu'il nous engage à trop négliger le traitement chirurgical des tumeurs érectiles de la vulve, lesquelles, en se développant, peuvent non-seulement rendre difficiles, ou impossibles, ou dangereuses, les fonctions génitales, mais qui peuvent même, avant l'âge où ces fonctions commencent, donner lieu à des accidents mortels. Ainsi donc, quand au lieu de rester stationnaires, au lieu de décroître, ces tumeurs prennent un grand développement en s'étendant du côté du vagin ou du côté de l'anus, dans ce cas, on doit se hâter d'opérer. Ici les fils dont on traverse sur plusieurs points la tumeur, en guise de sétons, puis l'application de la pâte de Vienne, sont les procédés les plus convenables et ceux dont on doit espérer le plus de succès.

« J'ai vu quelques femmes grosses avoir les lèvres de la vulve grandement tuméfiées par quantité de varices qui en rendaient la tumeur fort inégale, et y causaient un prurit douloureux. Cet accident arrive à certaines femmes qui sont trop sanguines. Pour y remédier, elles doivent être saignées au bras, se tenir le ventre libre, s'abstenir du coït, et user d'un

régime rafraîchissant. » (*Mauriceau*, *Traité des accouchements*, tome 1[er], page 180, 7e édition, in-4°).

Les varices de la vulve coïncident ordinairement avec des dilatations de même nature du membre inférieur. Le développement du système veineux de la vulve donne lieu à des tumeurs qui peuvent singulièrement nuire à l'accouchement. Baudelocque, Brasdor, Siebold, ont observé cette lésion et ces inconvénients qui sont surtout marqués quand l'accouchement se prolonge. Si alors la tête de l'enfant reste longtemps engagée dans la cavité du petit bassin ou au détroit inférieur, cette tête exerce une compression qui augmente le volume de la tumeur variqueuse, laquelle forme un nouvel obstacle à l'accouchement; car, quand une fois la tête a dépassé le cercle osseux, elle trouve un empêchement qui est formé par les tumeurs sanguines en question; et si les forces de la femme sont épuisées par de longues souffrances, ce dernier obstacle peut singulièrement compromettre les jours de la mère et de l'enfant. Les efforts de la parturition, les manœuvres de l'accouchement peuvent donner lieu à la rupture des vaisseaux; de là une hémorrhagie plus ou moins abondante. Siebold dit avoir observé trois cas de cette nature dont les suites n'ont été fâcheuses ni pour les mères ni pour les enfants. (*Dict. des Sciences médicales*, tome LVIII, p. 413.) Mais tous les cas pourraient ne pas être aussi heureux. Aussi devra-t-on être très-réservé dans la question de savoir si on doit ouvrir ces tumeurs sanguines quand on voit approcher le dernier temps de l'accouchement, et quand elles sont assez développées pour opposer un véritable obstacle à la parturition. Il est certain qu'en les ouvrant, on les affaisserait; mais cette incision donnerait lieu à l'issue d'une quantité plus ou moins considérable de sang. Et si l'accouchement, par toute autre cause, ne se terminait pas promptement, il s'en suivrait une hémorrhagie qui compromettrait non-seulement la vie de la mère, mais encore celle de l'enfant. Aussi ne devra-t-on inciser sur ces tumeurs qu'au moment où elles gênent réellement, ou bien être en mesure de terminer l'accouchement si la nature ne le fait pas assez promptement. Pour éviter l'emploi de ces moyens extrêmes, on aura soin, dans les derniers temps de la grossesse, de priver la malade de marcher, de lui faire garder le plus possible la position horizontale. Si elle est jeune, forte, sanguine, on lui pratiquera une saignée à l'époque ordinaire de la grossesse, on la répétera même au commencement du travail. Alors surtout la femme ne restera pas debout, on la laissera dans la position horizontale et on exercera de légères compressions sur les tumeurs soit immédiatement, soit avec l'intermédiaire d'un linge fin et trempé dans de l'eau ordinaire. Nous reviendrons sur ces varices, quand il sera question des tumeurs sanguines du vagin.

ARTICLE XII.

Polypes de la vulve.

Si on voulait être très-difficile sur le sens du mot polypes et n'admettre comme tels que ceux qui ont, par exemple, la plus entière ressemblance avec ceux du nez qui sont si caractéristiques; avec cette rigueur, on ne trouverait pas beaucoup de polypes de la vulve. Mais les tumeurs polypiformes ne sont pas rares surtout autour de l'urètre et du clitoris, nous le prouverons bientôt en citant plusieurs passages d'un article inspiré par les faits recueillis dans la pratique de M. Tanchou. Dans son travail sur les *polypes et leur traitement*, M. Gerdy se borne à ces mots : j'en ai plusieurs fois rencontré aux environs du clitoris. On en trouve aussi une observation de Félix Plater dans Bonet. (*Bibliothèque*, tome III, p. 18.) Ces polypes peuvent acquérir un très-grand volume, j'en ai vu un qui était plus gros que les deux poings, et qui ressemblait à une poire soutenue par un pédicule très-petit. J'en ai reséqué un au printemps dernier à la consultation de l'hôpital Saint-Louis; il avait le volume d'une noix et contenait une matière athéromateuse. On peut en quelque sorte placer aussi bien ces excroissances dans les loupes pédiculées, que dans les polypes; on les excise. (Gerdy, p. 156.)

Voici des observations de tumeurs qui peuvent être considérées comme des hypertrophies ou comme des polypes de la vulve.

« Le 17 janvier 1831, nous avons enlevé d'un seul coup de bistouri une tumeur massive, un peu dure mais pâteuse, pesante et causant des tiraillements jusque dans l'aine, mais en elle-même peu douloureuse, de forme ovalaire un peu bosselée, couverte d'une peau adhérente, mais non altérée dans sa couleur, c'est-à-dire un peu brunâtre et parsemée de quelques poils, ayant trois pouces en diamètre dans un sens, deux pouces et demi dans l'autre, suspendue au milieu de la grande lèvre droite, par un pédicule long d'un pouce, épais de cinq à six lignes, élargi du côté de la vulve : cette tumeur existait depuis neuf ans; en peu de temps elle venait de faire des progrès rapides, aussi se montra-t-elle enflammée et suppurée dans deux points. Il est vrai que le pus était enfermé dans de petits kystes à parois épaisses et rouges; chacun d'eux égalait en volume une petite olive. Le reste de la tumeur était formée d'un tissu cellulaire dense, blanchâtre, infiltré de sérosité qui en découlait abondamment. Çà et là on reconnaissait quelques paquets de graisse. Après cette opération il fallut lier quatre artères, dont une avait la grosseur du tuyau d'une plume de pigeon; la cicatrisation fut prompte.

» Chez l'autre femme, la tumeur qui ne contenait qu'un tissu filamenteux, était mollasse et chiffonnée par moments; dans d'autres elle acquérait de la fermeté et du volume; nul doute que cet effet ne fût dû à une infiltration semblable à celle qui avait fait grossir celle dont nous venons de donner la description, et qui reconnaissait pour cause une inflammation sourde, et pour ainsi dire latente. » (Boivin et Dugès, *Maladies de l'utérus*, tome II, pag. 645 et suiv.)

On voit qu'à la fin perce l'incertitude sur la nature de la tumeur polypeuse : voici maintenant des faits qui se rapportent à des tumeurs polypeuses implantées sur l'urètre plus ou moins profondément, mais qui finissent toujours par apparaître dans la vulve. M. Velpeau semble en avoir parlé le premier parmi nous. (*Méd. opér.*, 1832-1839.) Nous reproduirons bientôt une de ses leçons insérée dans le Journal hebdomadaire. Le passage suivant est extrait d'une thèse qui est une bonne fortune pour nous, car elle est bien faite et les faits qu'elle contient sont rares.

« M. Costallat me fit voir une femme, Marguerite-Alexandre C., à laquelle il avait excisé une tumeur pédiculée de l'urètre Au lieu de l'implantation, à quatre lignes environ de l'orifice externe de l'urètre, on sentait facilement par le frottement d'une sonde jouant librement dans le canal, la racine probablement fibreuse de la tumeur. Comme elle gênait l'émission de l'urine, M. Costallat employa la cautérisation par le nitrate d'argent pour la détruire ; aussitôt le porte-caustique extrait, il introduisit dans l'urètre, pour y pousser une injection, une sonde d'argent.

» Le 2 mai 1834, une jeune fille de quinze ans, Jenny P.... fut admise à l'hôpital de la Charité, et placée au lit n° 1 de la salle Sainte-Catherine. Cette jeune personne, jouissant d'une bonne santé d'ailleurs, depuis vingt jours environ ne pouvait uriner qu'avec effort et non sans de vives souffrances. En examinant, on voyait au devant de l'orifice externe de l'urètre, qui était masqué surtout en bas, une tumeur arrondie, d'un rouge vif, de six à huit lignes de diamètre environ ; douée d'une sensibilité exagérée, elle s'implantait par un pédicule sur la paroi inférieure de l'urètre. Le 7 mai, M. Roux, au moyen d'un bistouri boutonné en fit l'excision. Quelques gouttes de sang suintèrent à peine de la petite plaie. La malade eut pendant quelques jours une blennorrhagie légère et circonscrite aux environs du pédicule excisé ; dix jours après l'excision elle était complétement guérie. La tumeur examinée, parut composée d'une membrane muqueuse et d'un peu de tissu cellulaire sous-jacent. Récemment, il y avait encore dans la même salle, une femme offrant un fait du même genre ; le traitement fut le même, et son résultat aussi. M. Rufz m'a communiqué l'observation d'un cas de ce genre, qui pendant dix-neuf mois, causa de vives douleurs à la femme qui le présentait. La tumeur fut méconnue tout le temps qu'elle ne fit point saillie au dehors. Tous les moyens anodins employés pour soulager la malade furent inutiles. L'excision seule, en enlevant la tumeur la rendit à la santé.

Ces fongosités peuvent aussi prendre naissance de la muqueuse à l'orifice externe de l'urètre, et acquérir un développement plus considérable comme dans le cas suivant : « Une petite fille de dix ans, d'une bonne constitution, souffrait beaucoup en urinant. Elle fut envoyée à l'hôpital des Enfants malades au mois de juillet 1832. A l'examen des parties génitales, nous reconnûmes une fongosité rougeâtre, étalée en entonnoir de telle sorte que l'entrée du vagin était complétement fermée ; mais un stylet, conduit autour des bords de cette fongosité, permit de la soulever. On reconnut au-dessous, l'entrée du vagin encore fermée par l'hymen. Quant à la fongosité, elle avait son origine au pourtour de l'urètre. Les moindres attouchements éveillaient de vives douleurs. La petite malade était obligée de marcher les jambes écartées ; après lui avoir fait prendre quelques bains, la fongosité fut excisée ; dès le lendemain, l'émission de l'urine eut lieu sans douleurs. Plusieurs mois après, la fongosité n'avait point reparu. » Dans le courant de la même année, mon collègue M. Rufz, à qui je dois l'observation précédente, fut prié par les parents d'examiner une petite fille de huit à dix ans, de constater qu'elle avait été violée et de certifier la chose par écrit. On lui donna, en même temps à voir le certificat d'un médecin qui l'affirmait. M. Rufz reconnut une fongosité semblable à celle de l'observation précédente, qui avait saigné récemment. Il rassura les parents sur la virginité de leur enfant, et il n'en entendit plus parler. Cette petite fille avait été vue répandant des pleurs, au moment où elle sortait d'un bateau de charbon. Les parents voulant en savoir la cause, elle indiqua la partie inférieure du tronc où elle souffrait : aussitôt de regarder, et bientôt on a hâte d'amasser des certificats pour entamer une procédure criminelle. Le coupable n'était qu'un morceau de bois contre lequel, probablement, la petite fille s'était heurtée. » (*Thèse inaugurale* de M. Larcher, ancien interne des hôpitaux de Paris, Paris 1834.)

M. le docteur Stingone a publié une observation de tumeur pédiculée implantée sur le clitoris chez une femme de 30 ans, n'ayant jamais eu d'enfants et survenue sans cause appréciable. La tumeur était de couleur normale, sans douleur ; le pédicule long de deux pouces et large de moitié ; les artères dorsales du clitoris étaient aussi grosses qu'une plume à écrire. Ces artères préalablement liées, d'un seul coup de bistouri il détacha la base de la tumeur sans avoir à combattre un écoulement de sang inquiétant. Le poids de la tumeur était de 18 onces. Son organisation la rapprochait du tissu spongieux particulier aux corps aréolaires. (Il filiatre sebesio. *Gazette médicale*, 20 décembre 1839.)

On verra par ce que nous allons extraire du travail de M. Tanchou, que les excroissances dont il parle, ont moins le caractère des polypes, que celles dont il a été question jusqu'ici, Ces tumeurs sont pour ainsi dire, le passage entre les polypes et les excroissances vénériennes.

« Le méat urinaire des femmes âgées est assez fréquemment le siége de petites tumeurs polypiformes, qu'on rencontre aussi, mais plus rarement, chez les femmes encore jeunes. Je ne les ai point observées chez les jeunes filles avant l'âge de la puberté. Elles se présentent sous forme d'excroissances charnues, rouges, spongieuses, exactement semblables aux bourgeons qui s'élèvent sur les plaies de bonne nature. Elles sont situées à l'orifice du canal, mais en passant un stylet boutonné sous leur tête, qui s'étale en champignon, on s'aperçoit qu'elles sont supportées par un pédicule dont l'insertion a lieu à quelques lignes du méat. Leur surface est inégale, grenue, rouge ; le moindre contact les fait saigner et y détermine de la douleur. Leur volume est peu considérable : il ne dépasse guère celui d'une noisette. Lorsqu'on les incise, il s'en écoule du sang vermeil, et on trouve leur tissu intérieur analogue à celui de la surface, c'est-à-dire très vasculaire ; souvent elles fournissent une sécrétion mucoso-purulente peu abondante. Elles paraissent dépourvues d'épithélium ; en un mot, on ne saurait en donner une idée plus précise qu'en les comparant, comme je l'ai déjà fait, aux granulations des plaies suppurantes, elles en ont tous les caractères physiques.

» Il n'est pas rare de trouver la vulve des femmes atteintes de ces végétations, maculée en divers endroits, particulièrement aux environs du méat urinaire, par des sugillations plus ou moins étendues, d'un rouge vif et tranché avec le reste de la muqueuse qui est alors souvent décolorée. On dirait que cette dernière a été pincée par places.

» La présence de ces petits corps est accompagnée de symptômes assez remarquables : ils ne sont pas le siége de douleurs bien aiguës, capables de troubler par leur violence, le repos des malades; mais il y règne constamment un sentiment de chaleur prurigineuse, une espèce de formication, de rongement avec exacerbations instantanées et rapides, qui tiennent l'esprit des malades dans une inquiétude continuelle. Beaucoup se croient atteintes d'ulcères qui rongent peu à peu les chairs; et si, ce qui leur arrive presque toujours, elles examinent les parties souffrantes avec une glace, l'inégalité anfractueuse de cette région, jointe à la rougeur des végétations et à l'écoulement sanguin qu'elles fournissent par les attouchements, finit de les convaincre de la gravité de leur mal. L'insuccès des moyens thérapeutiques ne tarde pas à les jeter dans le découragement, et à les persuader de leur incurabilité. Il est vrai qu'en cela elles ne se trompent guère, car cette affection, quoique peu grave en elle-même, est très-difficile à guérir.

» La sensibilité des végétations urétrales est augmentée par le passage de l'urine, l'exercice, le frottement des parties entre elles, le régime excitant, en un mot par tout ce qui est capable de les irriter directement ou indirectement. Leur développement s'opère comme celui des bourgeons ulcéreux, par suite d'une exubérance nutritive du corps muqueux de l'urètre. Leur coïncidence avec l'époque critique, peut faire regarder la cessation des règles comme leur cause la plus ordinaire. Il se passe là sans doute ce qui a lieu dans certaines névroses de la vulve : le transport sur des tissus qui n'y sont pas habitués de l'action vitale destinée, précédemment, à l'entretien de la menstruation. M. Tanchou pense qu'il convient aussi de placer au nombre de leurs causes, l'existence de ces vieilles vaginites qui finissent par pénétrer dans le canal de l'urètre et par y donner lieu à de petites ulcérations circonscrites. Peut-être même ces végétations ne sont-elles autre chose, primitivement, que des bourgeons charnus fournis par de pareilles ulcérations.

» Toutes les femmes que j'ai observées avec des végétations urétrales, jouissaient, à part cela, d'une excellente santé et d'une constitution vigoureuse. Aucune d'elles n'offrait de traces d'infection syphilitique, ni d'un vice morbide quelconque, tel que le scorbutique, le scrofuleux, etc... Une seule était âgée de moins de quarante ans; elle était encore réglée, et sa santé était détériorée par une affection organique de l'utérus, ancienne.

» Il semblerait que cette affection dût céder, comme les polypes ordinaires, à l'excision ou à tout autre mode opératoire. Mais il n'en est rien : qu'on les coupe, qu'on en fasse la ligature ou qu'on les arrache, ils ne tardent pas à répulluler. Plusieurs circonstances contribuent à rendre le traitement infructueux : leur pédicule n'est pas étroit et circonscrit, comme celui des polypes fibreux, par exemple; il s'étale sur une surface plus ou moins étendue de la muqueuse urétrale, dans laquelle il plonge comme une racine, de sorte que l'excision ne peut en atteindre qu'une portion; le germe reste dans les chairs. Ordinairement même, il existe plusieurs végétations ayant chacune leur pédicule, ce qui rend l'opération plus difficile. Leur tissu n'offre pas de prise aux instruments, qu'on a d'ailleurs de la peine à faire manœuvrer à cause de l'étroitesse du canal.

» La cautérisation seule avec le nitrate d'argent et le nitrate acide de mercure, la cautérisation de la plaie après l'excision ont été employées par M. Tanchou sans beaucoup de succès. Toutefois, c'est au dernier procédé qu'il donne la préférence.

» L'emploi des substances médicamenteuses est à peu près inutile dans cette affection, ce n'est guère que comme palliatif qu'on peut y avoir recours. Les astringents et les narcotiques appliqués en topiques apportent d'abord quelque soulagement, mais il n'est que momentané.

Les malades se trouvent bien aussi des bains de siége et des lotions avec de l'eau froide. » (Tanchou, *Gazette des hôpitaux*, 9 août 1842.)

La torsion et l'arrachement sont les deux moyens que M. Amussat emploie aussi dans ces cas; plusieurs fois il lui a fallu inciser le méat urinaire à sa partie inférieure pour agir plus librement.

Nous terminerons par l'extrait d'une leçon de M. Velpeau. Ce chirurgien, après avoir cité un certain nombre de faits, généralise ainsi ces faits et ceux qui ont été observés par d'autres praticiens :

« *Causes*. L'infection syphilitique paraît être la cause la plus fréquente de cette maladie; c'est ce qui est arrivé chez nos deux malades, certainement pour l'une, très-probablement pour l'autre. D'autres fois, il a paru positif que la maladie n'était pas due au virus vénérien, et sans doute que dans ces cas, elle a pu tenir à une irritation quelconque, soit de l'urètre, soit même de la vessie. Déjà M. Velpeau a avancé que les polypes utérins pouvaient être la suite de l'épanchement d'une certaine quantité de sang qui se coagule et dégénère; ne serait-il pas possible de supposer que les polypes de l'urètre peuvent être dus à la même cause, et résulter de l'arrêt et de la dégénérescence dans l'urètre d'un caillot sanguin.

» D'ailleurs, on voit des polypes se développer sur les muqueuses du nez, du vagin, de l'utérus, du rectum, pourquoi ne s'en développerait-il pas sur la muqueuse urétrale par le même mécanisme et sous l'influence des mêmes causes?

» *Marche*. Cette maladie n'est pas assez connue pour que l'on puisse établir quelle est sa marche ordinaire; dans les cas que nous avons rapportés, on n'a reconnu la maladie que lorsqu'elle était déjà arrivée à un certain degré, souvent sans que les malades elles-mêmes en aient soupçonné l'existence. Toutefois, ce que M. Velpeau a pu conclure de ses observations, c'est que les malades éprouvent de la cuisson, des envies d'uriner, et de la difficulté à le faire; que souvent elles urinent du sang, et enfin qu'elles finissent par éprouver au col de la vessie une pesanteur qui peut simuler une maladie du col de la matrice.

» Du reste, ces symptômes varient suivant les malades; les douleurs très-vives ou bien sourdes, sont parfois presque nulles : il en est de même de la difficulté d'uriner, de la pesanteur au bas-fond de la vessie, qui sont probablement en raison du développement de la maladie, et de son siége à l'intérieur et à l'extérieur de l'urètre.

» Le diagnostic de la maladie n'est pas toujours aussi facile qu'on pourrait l'imaginer.

» En effet, si le polype est encore caché dans l'urètre, par cela même qu'on n'est pas prévenu qu'il peut y exister, on n'y pense pas, et on songe de suite à une maladie du col de l'utérus. Mais, si l'attention est reportée du côté de l'urètre par des pissements de sang, des difficultés et des douleurs à l'émission des urines, alors une sonde ou un stylet, introduits dans le canal, font connaître la présence d'un corps anormal dont on peut suivre la circonférence, et qui adhère le plus souvent par un pédicule rétréci.

» Que si le polype commence à faire saillie à l'extérieur, il ne faut pas le confondre avec ce renflement qui limite chez la femme le méat urinaire et qui sert de guide dans le cathétérisme. La couleur gris rouge du fongus, couleur qui n'est pas celle de la muqueuse, servira au diagnostic; mais, le meilleur moyen d'y arriver, sera encore un stylet qui permettra de contourner toute la petite tumeur, de bien s'assurer qu'elle est contenue dans la cavité urétrale et qu'elle est terminée par un pédicule, qui s'insère plus loin dans le canal.

» Enfin, lorsque le polype fera entièrement saillie en dehors et restera suspendu par son pédicule, il n'y aura aucun doute sur le diagnostic.

» La terminaison ordinaire de ces polypes n'est pas encore bien connue, mais il est probable qu'ils se terminent comme les polypes des autres muqueuses, qu'ils peuvent dégénerer, tomber spontanément, etc.

» Le traitement est simple; on peut employer trois moyens différents : la ligature, l'excision, la cautérisation.

» La ligature sera très-facile à faire dans le cas où le polype serait tout entier contenu dans la cavité urétrale. Dans tous

les cas, c'est un moyen long, moins simple et rationnel que l'excision.

» Chez notre jeune malade, une cautérisation, au moyen du nitrate d'argent, ne produisit aucun effet, et on préféra guérir la malade par l'excision, suivie de la cautérisation. La tumeur fut attirée au dehors au moyen d'une érigne, et le pédicule fut coupé en partie avec un petit couteau courbe sur le plat et arrondi à son extrémité, en partie avec des ciseaux (ce dernier instrument seul peut suffire dans le plus grand nombre des cas). Il se fit un écoulement de sang considérable, eu égard au peu d'étendue de la plaie, mais il s'arrêta bientôt. La malade, pendant quelques jours, éprouva de la douleur en urinant et rendit un peu de sang. Quatre jours après l'opération, on voulut la cautériser avec une sonde porte-caustique qui eut d'abord de la peine à entrer; il semblait que l'urètre n'était plus qu'un cul-de-sac; cependant, en inclinant assez fortement l'instrument du côté droit, on parvint à passer, et on sentit que l'obstacle tenait à ce que le polype implanté sur le côté gauche de l'urètre n'avait pas été enlevé entièrement et s'était boursouflé; on cautérisa vivement dans ce point; quelques jours après, une nouvelle cautérisation fut faite, et la sonde ne rencontra plus d'obstacle. Enfin, peu de temps après, la malade est sortie parfaitement guérie de ce polype.

» Quant à l'autre femme, elle ne fut pas opérée; il était inutile de chercher à lui enlever une maladie aussi peu importante, lorsqu'on lui en laissait à côté d'autres beaucoup plus graves et incurables. » (*Journal hebdomadaire des progrès des sciences médicales*, tome II, an. 1836, page 512.)

ARTICLE XIII.

Cancer de la vulve.

Dans l'excellent article Cancer du *Dictionnaire des Sciences médicales*, nous n'avons rien trouvé qui se rapporte au véritable cancer de la vulve. Voici le peu de mots qu'on trouve à ce sujet dans le 10me volume du livre de Boyer, page 413 :

« Les carcinomes des grandes lèvres diffèrent peu de ceux des autres parties. Leur volume est généralement peu considérable ; ils s'ouvrent assez promptement, et présentent un ulcère dont les bords sont durs, renversés, et qui répand une matière ichoreuse et fétide. Les glandes inguinales s'engorgent, le teint s'altère, l'embonpoint diminue, la malade s'affaiblit et les signes de la cachexie cancéreuse deviennent manifestes. Le seul moyen de guérison est l'ablation de la tumeur, encore est-il souvent infidèle. La plaie que fait l'opération se cicatrise, à la vérité; mais la maladie ne tarde pas à se reproduire, soit dans le même en droit, soit dans l'aine. J'ai plusieurs fois pratiqué cette opération, et j'ai toujours vu le cancer reparaître et causer la mort dans un espace de temps plus ou moins long. On a vu le cancer des grandes lèvres se présenter sous la forme d'une tumeur fongueuse; mais le plus souvent il a l'aspect commun aux ulcères cancéreux. »

Selon M. Bégin, (*Dictionnaire en quinze volumes*) : « Aux petites lèvres et au pourtour de l'orifice extérieur du vagin, les ulcères cancéreux succèdent, le plus ordinairement, à des chancres vénériens, passés à l'état rongeant et phagédénique. » S'il faut en croire au contraire des chirurgiens qui ont observé pendant plusieurs années à Lourcine, jamais un ulcère vénérien du pudendum n'a dégénéré en cancer ; il n'y aurait rien de plus antipathique au cancer que la vérole ; rien de plus rare que la combinaison de ces deux maladies. Il faut convenir que l'âge auquel on observe le cancer de la vulve est bien éloigné de celui pendant lequel on constate le plus d'affections vénériennes, car c'est à dater de la cinquantième année que le cancer attaque ordinairement la vulve. Voici un passage du livre de M. Vidal, qui prouve que ce chirurgien a observé cette dégénérescence. « Ce cancer est rare. Je l'ai observé trois fois à Lourcine, chez des femmes qui avaient été dirigées sur cet hôpital comme vénériennes; on avait pris l'ulcère cancéreux pour un ulcère vénérien. La moins âgée de ces trois femmes avait cinquante ans, la seconde soixante, et la troisième soixante et dix. Ce cancer est bientôt ulcéré; les femmes que j'ai observées n'ont eu connaissance de leur mal que quand l'ulcération est survenue. Elle est

à bords inégaux, renversés, durs, et répand une odeur des plus infecte. Le traitement par le mercure, les topiques dans lesquels ce métal entre, sont on ne peut plus favorables au développement du mal. Dans les trois cas, je n'ai pas observé de développement ganglionnaire dans la région inguinale. Je n'ai voulu pratiquer l'extirpation chez aucune des trois femmes dont j'ai parlé; une seule a été cautérisée avec le fer chauffé à blanc, ce qui a fait marcher l'ulcération avec beaucoup plus de rapidité qu'avant. De la vulve, l'ulcération a gagné le vagin. Ces femmes ayant demandé leur admission à la Salpétrière, je leur ai donné l'exéat, et je ne doute pas de leur mort. » (*Pathologie externe*, tome v, page 740.)

La dégénérescence cancéreuse n'est pas la seule qui atteigne la vulve. En parlant des kystes nous avons fait mention des lypômes, des tumeurs fibreuses, enfin des tissus anormaux avec analogues, qui pouvaient se développer aux grandes et aux petites lèvres. Le clitoris est peut-être la partie qui offre les dégénérescences les plus variées et celles qui nécessitent le plus souvent des opérations qui consistent à enlever la partie.

« Rougemont [1] emprunte à Kremer, l'exemple d'un clitoris du volume de trois doigts, transformé en chou-fleur, et qui fut amputé avec succès. Chez une femme qui était réglée par l'urètre, le clitoris transformé en tumeur énorme fut également amputé avec succès par M. E. Coste[2]. M. Syme[3], qui dit avoir eu l'occasion d'exciser une tumeur du clitoris chez une fille agée de huit ans, s'est en outre trouvé dans la nécessité d'extirper un large kyste développé dans le même organe chez une femme adulte. Mais le fait le plus curieux de cette espèce est celui qu'a décrit et figuré M. Schoënfeld[4]. La tumeur qui comprenait aussi les nymphes, et qui offrait un aspect granulé, pesait trois onces. L'extirpation, qui en fut d'ailleurs facile, occasionna une hémorrhagie qu'on arrêta par la cautérisation, et la malade ne tarda pas à se rétablir. Un cas à peu près semblable avait déjà été relaté par M. Mac-Farlan[1]. » (Velpeau, *Eléments de Médecine opératoire*, t. IV, 2e édit., p. 344).

[1] *Bibl. chir. du Nord*, tome I, p. 132.
[2] *Journal des Connaiss. méd.*, t. III, p. 205; et *Journal des Connaiss. méd. chirurg.*, t. III, p. 276.
[3] *Edinb. surg. and med.* vol. CXXXVII, page 387.
[4] *Encycl. des sciences médic.*, 1837, page 188.

Le clitoris a été trouvé cancéreux dans un cas ou le vagin et la matrice étaient affectés de la même dégénérescence. Le clitoris était de la grosseur du petit doigt, il devait ce volume à l'infiltration séreuse de ses enveloppes extérieures; le propre tissu de cet organe était squirrheux. (Boivin et Dugès, *Traité pratique des maladies de l'utérus et de ses annexes*, tome II, page 652). Il y a dans l'observation une circonstance que nous devons noter ici : Cette femme avait eu des chagrins, elle avait été abandonnée de son mari et s'était livrée à la masturbation.

M. Lisfranc a observé plusieurs fois la dégénérescence cancéreuse des caroncules. « L'orifice inférieur du vagin, dit-il, est ordinairement fermé en partie ou en totalité par la membrane hymen dont la déchirure donne lieu à des prolongements plus ou moins larges, plus ou moins saillants, qui plus tard peuvent acquérir assez de développement pour produire beaucoup de gêne, même de la douleur, et pour exiger qu'on en pratique la section. Ces prolongements sont susceptibles de dégénérer d'abord en squirrhe, et ensuite en cancer, qui s'étend bientôt à une grande profondeur dans le vagin, et qui bientôt aussi devient incurable. Ces faits ne sont malheureusement pas rares, je les ai souvent rencontrés. » (*Clinique chirurgicale de la Pitié*, tome II, page 127.)

ARTICLE XIV.

Vers de la vulve.

§ 1. — Ascarides vermiculaires de la vulve.

Ces helminthes, comme on sait, ne se développent jamais dans les parties génitales; leur siége exclusif est toujours primitivement dans le gros intestin, et spécialement dans la partie inférieure du rectum; mais il arrive parfois que de là ils émigrent vers la vulve et le vagin. Quand cela a lieu, il en résulte pour les femmes ou les petites filles, qui y sont plus sujettes,

[1] *Arch. gén. de méd.*, 2e série, tome II, p. 281.

des démangeaisons extrêmement vives, qui les portent continuellement à exercer sur la vulve des frottements répétés, circonstance qui les expose fréquemment à contracter la funeste habitude de l'onanisme. Dans certains cas, la présence des oxyures vermiculaires dans la vulve détermine un orgasme tel qu'il en peut résulter une véritable nymphomanie, comme l'a observé Beck chez une femme âgée de soixante-dix ans. M. Raspail, dans un très-bon travail, auquel nous allons faire quelques emprunts, démontre les dangers qui résultent du transport de l'oxyure dans les voies génitales. Cet auteur signale comme très-fréquente une éruption écarlate surtout nocturne, qui siége au périnée et au pourtour de la vulve; elle encadre souvent la fente des parties sexuelles d'un ruban rose large de deux à trois centimètres. D'autres fois, l'excitation produite par ces petits vers amème une vulvite ou une vaginite d'autant plus persévérante, qu'on en méconnaît souvent la cause pendant longtemps.

L'inspection directe et faite avec soin est le seul moyen de reconnaître la présence des oxyures dans les replis de la vulve ou du vagin, lorsque ces vers ont de 5 millimètres à 1 centimètre de longueur; mais quelquefois ils sont invisibles, même à la loupe. Là, comme à la marge de l'anus, ils s'insinuent dans les sinuosités les plus profondes, et ils passeraient facilement inaperçus aux yeux d'un observateur inattentif.

Les moyens à l'aide desquels on combat les oxyures des parties génitales, sont des injections faites avec des décoctions de plantes vermifuges, comme l'absinthe marine, la fougère mâle, ou avec une légère solution de deuto-chlorure de mercure. Le plus souvent il suffit de faire quelques onctions avec la pommade mercurielle; mais il ne faut pas oublier que les oxyures viennent de l'anus, et qu'ainsi il faut les détruire aussi dans ce lieu.

Voici, de plus, les conseils thérapeutiques donnés par M. Raspail,

« Afin de préserver les organes sexuels des enfants de l'invasion de l'ascaride, on a soin, chaque soir et chaque matin, de leur saupoudrer le périnée et les organes sexuels, les grandes et les petites lèvres, chez les filles, avec de la poudre de lycopode, ou simplement avec de la fécule qu'on a préalablement parfumée en la tenant dans une boîte renfermant un sachet de camphre, ou bien on mêle à l'une ou à l'autre de ces deux poudres un peu de poudre très-fine de camphre.

» La poudre de lycopode et l'amidon tuent les helminthes en les enfarinant de leurs molécules avides d'humidité, elles les dessèchent et frappent ainsi de mort les vers, qui ne sont en état de vivre que dans un milieu humide.

» Chez les personnes sujettes à des accès de nymphomanie plus ou moins intenses, à des mouvements érotiques auxquels l'imagination ne prend aucune part, on ramène les organes à l'état normal en les saupoudrant d'un peu de poudre de camphre; les ascarides fuient ou meurent par ce traitement. » (*Gazette des Hôpitaux*, décembre 1838.)

Pour prévenir les fâcheux accidents causés par les oxyures, M. Raspail recommande de lotionner souvent le pourtour de l'anus et la vulve avec une infusion de tabac, de menthe, mais surtout avec de l'eau-de-vie camphrée, et de saupoudrer l'entre-deux des draps avec du camphre ou du poivre.

Si, malgré la pratique de ces soins, les enfants paraissaient se livrer à l'onanisme, M. Raspail proposerait aux parents de faire usage, dans ce cas, d'un caleçon de tricot collant et doublé d'un tissu serré, de remplir l'entre-deux de ce caleçon avec de la poudre de lycopode parfumée de camphre, mais surtout de pratiquer une espèce de pelote à la suture, qui doit être en contact avec le périnée, de manière que l'étoffe s'applique exactement en cet endroit, et que tout passage soit rendu impossible aux vers auteurs de ces désordres, de l'anus aux organes sexuels; on aurait soin, en même temps, d'entretenir sur la paroi inférieure de l'abdomen une compresse d'eau-de-vie camphrée; on prendrait pour prétexte de ce procédé la guérison d'une tout autre maladie. Ceci, comme chacun peut le comprendre, est une précaution essentielle dans une circonstance où les souvenirs sont si prompts à s'éveiller. (Raspail, *Recherches d'histoire naturelle sur la cause immédiate*

et la médication de la plupart des cas de sur-excitation des organes sexuels; Gazette des Hôpitaux, *passim*, décembre 1838.)

Dans le cas où l'œil, même armé d'une bonne loupe, ne peut découvrir les oxyures, M. Raspail avance que la présence des infiniment petits ascarides se constate par la similitude et l'identité des effets de la médication.

§ 2. — Pediculi pubis.

Ce sont des insectes un peu plus petits que les *pediculi corporis*. Leur corps est plus arrondi, plus plat et plus large; leur abdomen, presque confondu avec le corselet très-court, offre postérieurement deux crénelures en forme de cornes; les pattes sont recourbées en-dessous. Le siége de prédilection des *pediculi pubis* est au milieu des poils qui ombragent les parties génitales. Cependant, on en trouve encore aux sourcils, aux paupières et aux aisselles; mais il est très-remarquable qu'on n'en voit jamais sur le cuir chevelu. Ils se fixent ordinairement à la base des poils et adhèrent très-fortement à la peau, dont ils dépassent à peine le niveau. Lorsqu'ils existent en grand nombre, la peau est parsemée de petites taches rouges, semblables à de petites gouttelettes de sang et qu'on dit produites par les excréments de ces insectes. (Rayer, *Traité des maladies de la peau*, t. III, p. 804.) Parfois il se développe des élevures papuleuses sur les points occupés par ces petits animaux. Les *pediculi pubis* causent des démangeaisons insupportables, qui portent invinciblement à l'action de se gratter. Ils se reproduisent avec une rapidité extrême.

Le moyen le plus généralement employé pour détruire ces parasites incommodes, consiste à faire quelques frictions avec l'onguent mercuriel sur les parties occupées par les *pediculi*. Presque toujours deux ou trois frictions suffisent. Les lotions et les bains sulfureux, les lotions avec une solution de deuto-chlorure de mercure, sont encore des moyens très-efficaces; mais on les emploie rarement, tant le premier agent que nous avons indiqué est prompt et sûr dans ses effets.

CHAPITRE II.

MALADIES DU PÉRINÉE.

Nous n'avons à examiner ici que les déchirures de cette région.

Déchirures du périnée.

En parlant des maladies de la vulve, il a été fait mention, plusieurs fois, des déchirures éprouvées par ce qu'on appelle la *fourchette*. Ces solutions de continuité sont à peu près constantes à la suite d'un accouchement à terme, puisqu'elles fournissent au médecin légiste un des meilleurs indices qui accusent un accouchement qu'on aurait voulu cacher. Mais entre cette simple éraillure, ne portant quelquefois que sur la muqueuse, et la division complète du périnée et de la cloison recto-vaginale, existent plusieurs dégrés, plusieurs espèces de brèches, lesquelles varient, non-seulement par leur étendue, mais par leur direction. Nous examinerons ces différences quand nous aurons jeté un coup d'œil sur l'étiologie.

Causes. Les personnes qui s'occupent spécialement d'anatomie, d'accouchements ou d'affections des organes génito-urinaires, ont souvent rencontré l'orifice vulvaire du vagin placé très-haut vers le pubis; c'est alors que le périnée offre, d'avant en arrière, une grande étendue, ou une hauteur plus considérable; si la femme est couchée la vulve est dans ces cas fort étroite. Les personnes qui ne se rendent pas compte de cet état des parties, jugent du diamètre du vagin par celui de son orifice externe, considèrent ce conduit comme mal conformé et craignent les chances de l'accouchement. Mais l'étroitesse ne porte que sur la vulve, et le vagin offre une capacité normale. L'étroitesse de la vulve provient donc d'une espèce de prolongement du périnée qui ferme inférieurement un quart, un tiers et quelquefois même une moitié de l'orifice vulvaire. Les femmes qui offrent ces dispositions, ne peuvent être explorées comme les autres. Pour pénétrer dans les parties génitales il faut porter le doigt suivant une ligne plus ou moins oblique de haut en bas et de dehors

en dedans, de manière à former, avec le pubis, un angle plus ou moins aigu. L'introduction du spéculum doit être faite d'après les mêmes principes. On ne doit pas le pousser presque horizontalement, comme dans l'état ordinaire des parties.

« Cette conformation vicieuse, dit Dupuytren, entraîne plusieurs inconvénients. Quelquefois, elle est portée à un tel dégré que le nouveau marié ne peut franchir l'orifice externe, et se trouve obligé de recourir à l'homme de l'art qui y remédie avec le bistouri. La matière des menstrues coule difficilement par la vulve, le sang séjourne, en partie, derrière cette espèce d'auvent formé par le prolongement du périnée ; il en est de même s'il existe un écoulement leucorrhéique. Mais c'est surtout lorsqu'il s'agit de faire une opération sur le col de l'utérus ou dans l'accouchement, que cette disposition organique est le plus malencontreuse : en effet, on peut facilement juger des obstacles que cet état des parties oppose à la parturition. La tête de l'enfant rencontre les plus grandes difficultés pour franchir le détroit inférieur : elle vient s'arc-bouter contre le périnée ; et si la commissure postérieure de la vulve offre une résistance proportionnellement moindre que le centre du périnée, l'enfant ne peut se faire jour à travers l'orifice, sans produire une déchirure plus ou moins étendue, que l'accoucheur, quelque soin qu'il prenne, ne saurait prévenir. Si cette commissure est, au contraire, fort résistante, le centre du périnée cède, se rompt, et l'enfant s'échappe par cette voie anormale. » (Dupuytren, *Leçons de Clin. chirurg.*; 2e édit., t. IV, page 248.)

On voit ici, dans la disposition des parties, une cause prédisposante des déchirures du périnée et des perforations ; accident fort remarquable, auquel on croyait peu, et dont nous démontrerons l'existence réelle.

La position de la femme pendant l'accouchement peut être considérée, et l'a été effectivement, comme cause prédisposante de la rupture du périnée ; plus la femme est élevée pendant le travail, plus sa position se rapproche de la verticale, plus elle court de dangers. Ainsi, dans le fait si souvent cité de Vedey, il est question d'une sage-femme qui, voyant les douleurs se ralentir, et la femme pressée d'aller à la selle, renversa une chaise entre les piliers de laquelle elle plaça un vase de nuit ; sur cette espèce de chaise percée la patiente eut de grandes douleurs, et on entendit crier l'enfant qu'il fallut retirer de dessous la chaise. Il y avait eu rupture du périnée.

Dupuytren parle d'une semblable lésion observée chez une femme qui, pendant le travail, avait été tellement soulevée par les oreillers qu'elle était presque assise.

La conséquence pratique de ces faits est toute naturelle : si on craint la rupture du périnée, on devra, pendant le travail, surtout vers la fin, obliger la femme à une position qui se rapprochera le plus possible de l'horizontale.

M. Moreau considère aussi comme cause prédisposante, une trop grande courbure en arrière du sacrum vers son extrémité inférieure, ou, si on l'aime mieux, une saillie trop prononcée de l'angle sacro-vertébral. Par ce vice de conformation le diamètre coccy-pubien du détroit périnéal est agrandi, son axe est reporté plus bas et plus en arrière ; de là diminution de l'inclinaison du plan qui doit diriger la tête de l'enfant d'arrière en avant sous la symphyse du pubis ; de là encore séjour plus prolongé de la tête sur le périnée, et action plus marquée de celle-ci sur cette cloison. Il n'est pas nécessaire d'ajouter qu'un développement trop considérable de la tête de l'enfant doit singulièrement aider à la production de l'accident dont nous nous occupons.

Les primipares robustes, celles qui *poussent* sans ménagement pendant la dernière période du travail sont le plus exposées à cet accident. Mais on a vu des femmes, dans des circonstances opposées, l'éprouver également, ce qui est surtout constaté par plusieurs observations de M. Dieffenbach (*Chir. de Dieffenbach*, par M. Phillips, et par une observation de M. Roux (*Gazette méd.*, 1834). Dans ces observations, en effet, il est question de femmes qui n'étaient pas primipares. Mais on notera, dans

ces observations, que les femmes qui en font le sujet avaient eu d'abord des accouchements heureux; tandis que celui qui a été suivi de la rupture périnéale, avait été laborieux et avait nécessité l'application du forceps.

Cette circonstance d'une manœuvre qui entre dans l'étiologie nous conduit naturellement à parler des causes directes. Ainsi, une chute comme celle que fit la femme de De la Motte, dont nous avons rapporté l'histoire en parlant des lésions de la vulve, cette chute dans laquelle la vulve porta sur une marche d'escalier, aurait pu être suivie d'une solution de continuité plus ou moins profonde du périnée. Dans le livre cité de M. Phillips, il est question d'une dame qui fut ainsi blessée par les fragments d'un vase de nuit qui se brisa sous elle. Une main criminelle pourrait aussi produire la même lésion. « J'ai souvenance, dit M. Roux, qu'une fois cette mutilation du périnée a été le résultat d'une atroce vengeance exercée par un mari sur sa femme qu'il croyait infidèle. » (*Gaz. méd.* 1834.) Dans un autre ordre de causes on pourrait ranger les divisions du périnée qui seraient produites par une vraie maladie et non un accident. Ainsi des ulcérations vénériennes, la gangrène, pourraient opérer, avec plus de lenteur, ce qu'une cause physique a effectué si promptement. Cette cause physique elle-même peut être singulièrement aidée dans la promptitude de son action par les altérations pathologiques que nous venons d'indiquer. Les restes d'une lésion antécédente, plaie, rupture, gangrène, chancres, les cicatrices de ces solutions de continuité, en détruisant la souplesse du périnée, la dilatabilité de la vulve, pourraient favoriser l'accident dont nous nous occupons. Cependant des observations de MM. Dieffenbach et Roux sembleraient prouver le contraire. Ainsi la première malade, opérée par ce dernier chirurgien, devint enceinte à la fin de l'année même de l'opération et accoucha sans rupture. L'opération par incision de la fistule vagino-rectale pourrait produire un résultat analogue. Aussi recommanderons-nous ici de préférence le procédé de cautérisation proposé par M. Vidal, et que nous avons indiqué, en parlant des fistules vulvo-rectales.

Il est question, dans la thèse de M. Boudet, de quelques faits de divisions du périnée opérées avec une pièce de six liards. C'était une sage-femme qui se servait de ce moyen pour augmenter le diamètre de la vulve et faciliter la sortie de l'enfant. (*Thèse de Paris.* Colombat, de l'Isère, *Traité des maladies des femmes*, tome II, page 409.)

Nous avons déjà fait mention du coup d'ongle employé par les sages-femmes qui ont été tancées si vertement par Gardien. Nous ne pensons pas qu'une pièce de monnaie, encore moins l'ongle, puissent produire une division du périnée; elles pourraient tout au plus entamer la vulve. A la vérité cette éraillure pourrait être le commencement d'une plus grande brèche.

§ 1. *Des différentes espèces de ruptures du périnée.* Il est des ruptures qui s'opèrent sur la ligne médiane, ce sont les plus communes; d'autres se font dans un sens opposé, ou bien prennent cette dernière direction, après avoir été d'abord médianes. Les ruptures qui se font sur la ligne médiane ont été divisées en *incomplètes* et *complètes*.

A. *Ruptures incomplètes du périnée.* C'est une simple extension de la petite brèche qui a presque toujours lieu dans l'accouchement à terme. Elle porte sur cette peau fine qui forme la partie la plus antérieure du périnée. Cette rupture va jusqu'à la solution de continuité du vagin, mais elle a respecté la cloison recto-vaginale et le sphincter de l'anus qui peut encore parfaitement remplir ses fonctions. Les exemples de cette déchirure ne sont point rares. Les praticiens qui ont fait un certain nombre d'accouchements l'ont souvent observée. Généralement, en France surtout, on ne tente aucune opération pour cette solution de continuité, qui, dans le plus grand nombre des cas, se réunit par la position seule et par des soins de propreté. M. Dieffenbach, au contraire, ajoute beaucoup plus d'importance à cette lésion et propose de réunir les lèvres de la solution de continuité par la suture.

B. *Ruptures complètes du périnée.* Ici,

non-seulement le périnée est divisé dans toute son épaisseur, non-seulement le constricteur du vagin et le sphincter de l'anus sont rompus, mais il y a encore solution de continuité de la cloison qui sépare le vagin du rectum, ce qui fait que ces deux canaux n'en forment plus qu'un. La confusion de ces deux organes est portée plus ou moins loin. En effet, la cloison recto-vaginale peut être divisée dans l'étendue de quelques lignes seulement ou aller jusqu'à deux, jusqu'à trois pouces, ce qui est prouvé par le fait suivant :

« Une jeune fille de 26 ans, qui s'était retirée chez un accoucheur, eut un accouchement des plus difficiles, et une grande déchirure des organes génitaux en fut la triste suite. Le rectum communiquait dans le vagin par une ouverture de trois pouces, et ce cloaque s'ouvrait au dehors par une large fente béante et formée aux dépens du tissu du périnée qui était divisé dans toute son étendue. Les matières fécales étaient agglomérées dans ce vaste égout, et dans le but de favoriser une réunion, l'accoucheur avait rapproché et lié les jambes l'une contre l'autre. Dieffenbach fut appelé, non pour opérer la réunion des parties, mais pour chercher un moyen de transporter la malade avec le moins de danger possible. Après avoir nettoyé avec soin ce réceptacle d'ordures, et après avoir examiné l'étendue des lésions, il renonça à tout espoir d'opérer dans le moment, parce que la granulation abondante qui existait déjà sur les bords des plaies laissait peu de chances pour une réunion. » (Dieffenbach, *Chirurgie*, 1re partie, page 84.)

Au lieu de suivre la direction du raphé périnéal, les déchirures peuvent se faire dans des directions plus ou moins opposées. Ainsi, dit M. Velpeau : « comme je l'ai vu plusieurs fois, ces déchirures se font en travers, etc. » (*Médecine opératoire*, tome IV, page 456.) Ces déchirures n'ont de gravité que quand elles s'inclinent fortement du côté du périnée, ou quand elles ont été précédées d'une rupture dans le sens de la ligne médiane.

C. *Perforations du périnée par rupture.* Au lieu d'entamer d'abord la vulve, puis le périnée, et de fendre l'anus et le rectum, la tête de l'enfant peut perforer le plancher périnéal en épargnant les sphincters vulvaire et anal. On remarquera alors que la rupture n'est pas centrale et qu'elle est dans des directions plus ou moins opposées au raphé périnéal. Les exemples que nous emprunterons à M. Moreau et à Delpech le prouvent suffisamment.

L'histoire nous offre des exemples assez nombreux de ces perforations périnéales. Cependant, des hommes dont le nom est une puissante autorité, considérant un accouchement de cette nature comme physiquement impossible, d'après les disproportions qui existent entre les dimensions du périnée et le volume d'un enfant à terme, en ont inféré que les faits rapportés par les auteurs devaient être entachés d'erreur. En effet, il est difficile de concevoir comment une partie qui n'a ordinairement que dix-huit lignes d'étendue, peut se prêter à une ampliation qui permette, sans comprendre le sphincter de l'anus ou celui de la vulve, le passage d'un corps aussi volumineux que celui d'un enfant à terme.

« Mais, en y réfléchissant un peu, dit M. Velpeau, on voit au contraire que le fait est assez facile. Tout accoucheur peut se convaincre qu'à la fin du travail, le périnée poussé, aminci, distendu par la tête ou le siége, acquiert parfois jusqu'à trois et quatre pouces de largeur ; que la tête enfin en est presque entièrement coiffée. Or, qu'une déchirure ait lieu dans ce moment, sur le point le plus fortement tendu, et, à l'instant, cette large toile se transforme en un cercle susceptible de s'agrandir encore considérablement, bien plus que la totalité du périnée sans perforation. Pourquoi un trou dans le milieu du périnée ne livrerait-il pas aussi bien passage à la tête que l'anus, que la vulve même, qui ne peut se développer qu'aux dépens des mêmes parties molles ? Loin d'être impossible, la sortie de l'enfant est même d'autant plus facile, que le contour de l'ouverture s'agrandit alors par l'extensibilité des parties voisines et par la prolongation facile de la déchirure dans plusieurs directions ; tandis que par les voies naturelles, la résistance est nécessairement beaucoup plus

grande. » (Velpeau, *Traité des accouchements*, tome II, page 632.)

Il suffit d'ailleurs qu'après l'accouchement, une large perforation existant au périnée communique avec le vagin, pour qu'on puisse affirmer que l'accouchement s'est fait là ; comment supposer, en effet, qu'une fois le périnée troué par la tête, on ait pu la retirer et faire sortir le fœtus par la vulve? Et ne sait-on pas que chaque jour la nature offre à notre observation des faits dont nous sommes encore à comprendre les causes et le mécanisme? Si le fait existe, l'examen des voies et moyens employés par la nature n'est qu'un objet secondaire, dont la science, néanmoins, doit faire son profit. Un exemple, que nous allons rapporter, ne laissera plus aucun doute, nous le pensons, dans l'esprit même des plus prévenus, et viendra corroborer les observations antérieures citées par les auteurs, sur la véracité desquelles on avait élevé des doutes. Le fait le plus ancien que l'on connaisse n'appartient pas à l'espèce humaine, mais a été observé par Harvey sur une jument de la reine d'Angleterre qui, à cause de sa rare beauté, avait été bouclée dans l'intention de la soustraire aux approches du cheval. Mais, soit que cette précaution eût été prise trop tard, ou malgré cette précaution, la jument ne laissa pas que d'être fécondée. Le terme de la gestation étant arrivé, le poulain ne pouvant s'échapper par la vulve fut chassé à travers le périnée. (*Exercitationes de generat. animal.*)

Voici l'observation la plus authentique, la plus remarquable, c'est pour cela que nous l'insérons en entier, et parce qu'elle est suivie des conseils qu'il faut suivre en pareille circonstance. « Une dame âgée de dix-neuf à vingt ans, arrivée au terme de la grossesse, accoucha au mois de mars 1813. Les premiers temps de l'accouchement n'offrirent rien de particulier. L'enfant se présentait dans la quatrième position. Après la rupture de la poche des eaux, la tête s'engagea dans l'excavation pelvienne. Arrivé au point de franchir le détroit périnéal elle éprouva des difficultés assez grandes pour pénétrer sous l'arcade du pubis. Au moment d'une douleur très-vive, M. Evrat crut sentir que le milieu du périnée, qui répondait à la paume de la main, perdait de son épaisseur, et cédait d'une manière sensible à la pression exercée par la tête de l'enfant. Tout à coup une douleur énergique, dont l'accoucheur ne put modérer l'effet, expulsa l'enfant à travers le périnée, en laissant au devant la commissure postérieure de la vulve, et en arrière, l'orifice de l'anus parfaitement intacts. La plaie résultant de cette perforation s'étendait à droite, suivant la direction de la branche ascendante de l'ischion, et descendante du pubis.

» En devant, elle dépassait le niveau de la commissure postérieure de la vulve, et en arrière, contournait un peu l'anus ; puis elle se portait transversalement de droite à gauche, entre l'anus et la vulve, jusque près de la tubérosité de l'ischion du côté gauche.

» Le traitement qu'on mit en usage consista : 1° à faire coucher la malade sur le côté, les jambes et les cuisses rapprochées, et dans un état de demi-flexion ; 2° à panser la plaie à plat, avec de la charpie ; 3° à tenir la malade à un régime sévère, et à entretenir la liberté du ventre au moyen de légers laxatifs. Le gonflement qui survint bientôt dans les bords de la plaie s'opposa au passage des lochies par cette voie. Au bout de cinq semaines de ce traitement simple, la malade fut complétement guérie, et la plaie parfaitement cicatrisée. La même dame est accouchée une seconde fois à terme, et la cicatrice a résisté aux efforts du travail. » (Moreau, Mémoire lu à l'Académie de médecine et inséré dans la *Revue médicale*, cahier de juin 1830.)

Nous croyons devoir faire suivre ce fait de celui de perforation latérale du périnée, observé par Delpech et cité partout sans détail.

« La vulve était extrêmement étroite et peu extensible ; l'accouchement s'accomplit assez promptement et presque sans secours ; il se fit une rupture de la paroi gauche et postérieure du vagin, et du côté gauche du périnée. Cette dernière s'étendit le long de la base de la grande lèvre gauche, qui se trouva ainsi séparée de l'arcade pubienne. La vulve fut rejetée à droite, et l'accouchement

eut lieu par l'ouverture accidentelle. Cet événement n'eut pas de suites fâcheuses, l'inflammation fut grande, mais passagère; les parties se rétablirent, soit par la réunion immédiate, soit après avoir suppuré. Nous avons vu la cicatrice complète et très-solide et les fonctions des organes bien rétablies. » (Delpech, *Précis élémentaire des maladies réputées chirurgicales*, tome 1er, page 433.)

Le travail important de M. Moreau est suivi de réflexions pratiques que nous devons exposer ici. « On préviendra les perforations du périnée : 1° en combattant pendant la durée du travail, par des moyens convenables, les effets préjudiciables des causes prédisposantes; 2° dans le dernier temps du travail, en favorisant le mouvement d'extension ou de flexion de la tête, suivant la position dans laquelle elle se trouve, en soutenant convenablement le périnée, en favorisant par tous les moyens appropriés le relâchement, la dilatation et le glissement de la vulve et du périnée, en laissant la femme dans une position horizontale, en modérant autant que possible les efforts auxquels elle se livre; enfin, si toutes ces précautions paraissaient infructueuses, en recourant de bonne heure à l'application du forceps, soit comme moyen d'accélérer les mouvements que la tête doit exécuter, soit comme moyen efficace de corriger la position vicieuse qu'elle tend quelquefois à conserver. » (*Mém. cit.*)

Parmi les faits rapportés par M. Moreau, il en est où M. Champenois a eu recours à la section du périnée, comme moyen de prévenir la perforation de cette cloison. M. Moreau agite la question de savoir si cette opération doit être conseillée. Tout en reconnaissant son efficacité dans certains cas, elle est rarement convenable, et il serait peu prudent de la proposer d'une manière générale, parce que dans le plus grand nombre des cas elle est inutile, parce qu'elle serait dangereuse dans d'autres, et enfin parce qu'elle pourrait être pratiquée sans discernement par des personnes peu versées dans la pratique des accouchements. M. Moreau restreint l'emploi aux seuls cas dans lesquels il existe des brides, des adhérences vicieuses, des cicatrices dures, peu ou point extensibles, comme dans les cas rapportés par M. Champenois. Encore cette section ne doit-elle porter que sur la bride, la cicatrice, et même dans quelques cas ne doit-elle en intéresser qu'une partie, et jamais la dépasser.

Le traitement qu'il convient de suivre, lorsque l'accident est arrivé, est simple. Il suffira, selon M. Moreau, de se comporter comme il l'a fait, conjointement avec M. Evrat, dans l'observation remarquable que nous avons citée.

Symptômes, *caractères et effets de la rupture du périnée*. Dans cette partie du travail, il va surtout être question de la rupture du périnée qui suit la division de la fourchette, et qui est avec solution de continuité du sphincter anal; solution de continuité qui empiète plus ou moins sur la cloison vagino-rectale. C'est, en effet, cette lésion qui se prête aux plus nombreuses et aux plus intéressantes considérations pathologiques; c'est elle surtout qui nécessite les opérations remarquables que nous aurons à faire connaître et à apprécier. C'est donc le point le plus pratique que nous allons développer.

« Les bords de la plaie se sont cicatrisés isolément; le périnée a complétement disparu; la vulve et l'anus ne forment plus qu'une seule et même voie, une fente unique, un sinus profond à bords ou droits ou irrégulièrement ondulés, revêtus par un tissu muqueux; et pour peu que la division s'étende à la cloison recto-vaginale, la partie inférieure du rectum et celle du vagin forment un véritable cloaque. La condition d'une femme en cet état est réellement déplorable; ce n'est pas qu'elle ne puisse encore concevoir, et même accoucher plus facilement qu'une autre. J'ai connu une dame anglaise, qui avait éprouvé le même accident lors de son premier accouchement, et qui était devenue successivement mère de douze enfants. Je suis sûr qu'on trouverait dans le monde nombre de cas semblables; peut-être qu'à force d'adresse, et par je ne sais quelles supercheries, des femmes parviennent à cacher une infirmité si propre à inspirer du dégoût. Car il ne s'agit pas seulement ici de la perte d'une partie des charmes physiques, il s'y joint une incommodité aussi affreuse, que le

serait un anus contre nature. Le sphincter de l'anus étant déchiré, rien ne s'oppose à l'issue des gaz intestinaux parvenus dans le rectum, ni à la sortie ou continuelle, ou du moins trop souvent répétée, et presque involontaire des matières fécales; sans doute celles-ci peuvent séjourner quelque temps encore dans le rectum, quand elles ont une certaine consistance; mais si elles sont molles, le besoin de les rendre se produit vif et pressant à chaque instant; et si elles sont encore à un état plus liquide, elles s'échappent involontairement, inondent le vagin, et toutes les parties voisines. De là, la nécessité pour les malades, de vivre dans une solitude contraire à leur âge, à leur sexe, à leurs habitudes; elles tombent dans une tristesse profonde, presque toujours leur santé s'altère, et leur teint perd sa fraîcheur. » (Mémoire de M. Roux, *Gazette Méd.*, 1834, 2me série, tome II).

De la Motte peint avec non moins de tristesse la position malheureuse d'une femme qui, à la suite de son accouchement, avait vu ses deux ouvertures *s'être mises en une*, avec déchirement de la dernière conséquence; en sorte qu'elle ne pouvait retenir ses matières fécales, et que c'était une nécessité qu'elles s'échapassent, pour peu qu'elle fût sollicitée à les rendre, sans qu'elle pût en suspendre l'issue d'un seul moment; ce qui la rendait très-incommode, non-seulement à ses meilleurs amis, mais aussi à elle-même; n'osant s'exposer à aller en aucun lieu, ni à l'église, si ce n'était à une heure, et en un lieu où elle ne fût à charge à personne. (De la Motte. *Accouchements*, tome II, page 1218 et suivant.)

On pourrait croire d'abord, qu'une pareille déchirure doit rendre les accouchements suivants plus faciles; il n'en est pas toujours ainsi : Déjà De la Motte l'avait fait observer, et en avait fourni la preuve dans son observation CCCCIV. Il est question d'une femme qui eut une rupture du périnée des plus complètes. « Cette femme, dit l'auteur, a eu plusieurs enfants, depuis ce fâcheux accouchement, qui nonobstant cette grande ouverture ont tous été très-longs, et dont tous les enfants sont morts, soit pendant l'accouchement, ou peu de tems après être accouchée, excepté une belle et grande fille de vingt-deux ans. Cette femme et sa fille demeurent devant ma porte. Cet exemple fait bien voir, dit De la Motte, que la difficulté du passage dans l'accouchement ne dépend pas des parties extérieures, etc. » (*Loc. cit.*)

Le tableau tracé par M. Roux, De la Motte et les partisans les plus déclarés de l'opération, n'est pas toujours aussi hideux. La nature d'ailleurs a opéré, sans le secours de la chirurgie, des guérisons remarquables; et quand la réunion des parties ne s'est pas faite, il s'est opéré quelquefois des modifications telles dans la structure et les fonctions du rectum, que les matières ont été retenues. Ainsi la femme dont vient de parler De la Motte, résista d'abord à ce chirurgien qui voulait l'opérer; plus tard, voulant se marier, elle demanda l'opération qu'elle avait d'abord rejetée. « Mais, ajoute De la Motte, l'amant ayant manqué à sa parole, et *les matières fécales* ne sortant plus involontairement, la femme prit le parti de ne songer plus au mariage, ni à l'opération. » (*Loc. cit.*)

Il est vrai que la cure obtenue par la nature seule, et citée par Peu, se trouve démentie par De la Motte; puisque c'est cette même femme qui vint demeurer *devant la porte* de ce chirurgien, et qui, malgré cette rupture périnéale, eut ensuite des accouchements difficiles. Mais le fait de Thymœus n'est contredit par personne, et pour ce qui est de la faculté qu'ont certaines femmes, ainsi déchirées, de retenir leurs matières, nous pourrions citer l'exemple de celle qui fut opérée par M. Vidal, à l'hôpital du Midi, et qui retenait parfaitement les matières fécales. Au point où la division du rectum s'arrête, il se fait un espèce de sphincter supplémentaire, et ceux qui ont lu les travaux d'O'Beirn, comprendront par quel mécanisme les matières sont retenues au-dessus de l'anus.

Mais comme, dans le plus grand nombre des cas, l'infirmité est insupportable aux femmes, elles réclament ou elles acceptent des opérations qu'on est en droit de leur proposer.

Ces opérations sont la *cautérisation* et

la *suture*. Mais comme celle-ci a une certaine gravité, on devra autant que possible chercher à l'éviter en employant à temps et d'une manière convenable, la *position* et la *compression*.

I. « *Position*. Elle doit-être telle que les bords de la plaie soient tenus affrontés et dans un contact immédiat, aussi exact et aussi parfait que possible. On rapproche les cuisses, on les maintient, pour plus de sûreté, ainsi rapprochées en les serrant l'une contre l'autre avec une bande ou un mouchoir. On a dit qu'il fallait tenir ces parties dans une demi-flexion sur le bassin. Je pense qu'il convient beaucoup mieux de les laisser dans un état d'extension complète, position dans laquelle les fesses, étant plus rapprochées, diminuent en même temps la largeur de l'espace périnéal.

» La position aidée des autres précautions précédemment indiquées, suffit, dans un grand nombre de cas, pour favoriser la réunion immédiate, sinon complète, au moins dans une étendue suffisante pour prévenir les graves inconvénients qui résultent des déchirures profondes du périnée.

» Nous citerons, entre autres faits, celui rapporté par Trainel.

» *Réunion immédiate du périnée par la position*. Ayant été consulté pour une déchirure qui s'étendait jusqu'à l'anus, de manière que les lochies et les matières fécales semblaient confondues, Trainel plaça sur la plaie, du côté du vagin, un plumasseau trempé dans du baume de Canada, et l'y assujettit avec une canule d'ivoire, pour l'opposer à l'impulsion des matières excrémentitielles. La malade fut couchée sur le côté et tenue à une diète sévère, dans l'intention de produire la constipation. On prévint par des injections l'accumulation des lochies dans le vagin. Le deuxième pansement n'eut lieu que le second jour, et au quatrième jour on substitua au tuyau d'ivoire un pessaire de forme appropriée. Les pansements furent ensuite faits tous les jours. La malade n'alla à la garde-robe que le onzième: la guérison était alors complète.

II. » *Compression*. Le rapprochement des cuisses, en refoulant l'une contre l'autre les lèvres de la déchirure, produit une sorte de compression; mais je crois que l'on pourrait ajouter avec avantage d'autres moyens plus comprimants, comme le prouve le fait suivant.

» *Déchirure du périnée s'étendant jusqu'au sphincter de l'anus. Réunion immédiate par la position et la compression*. Chez une dame primipare dont l'accouchement laborieux avait nécessité l'application du forceps, il y eut une déchirure profonde de la fourchette, qui s'étendait dans la direction du raphé périnéal jusqu'à l'anus. Les deux ouvertures n'en formaient plus qu'une seule. Je fis coucher la malade sur le côté, les cuisses demi-fléchies et liées ensemble. J'introduisis dans le vagin un large pessaire en gomme élastique, aplati, ayant une grande ouverture centrale dans laquelle je fixai l'extrémité infundibuliforme d'une forte canule en même matière. Ce pessaire, en remplissant assez exactement le vagin, empêchait la matière des lochies de filtrer entre lui et les parois de ce canal, et par conséquent de venir s'interposer entre les lèvres de la déchirure; d'autant plus que ces fluides trouvaient facilement à s'épancher au dehors, à travers la canule placée au centre du pessaire. Des injections répétées empêchaient d'ailleurs leur séjour. Comme cet instrument était maintenu au-dessus du niveau de la plaie, il ne pouvait empêcher l'affrontement de ses bords: en outre, la compression que ce pessaire exerçait sur le rectum devait contribuer à entretenir la constipation que je voulais obtenir. J'entourai le bassin d'une ceinture de laquelle partaient en arrière deux bandes (bandage en T à deux chefs), séparées l'une de l'autre de quatre pouces; je ramenai chacun de ces chefs entre les trochanters et les tubérosités ischiatiques, de là dans le pli des cuisses et des aines, et je les fixai enfin en avant, près l'une de l'autre à la ceinture. Je plaçai deux pelottes allongées en coton entre ces bandes, et le long des parties latérales de la vulve et du périnée déchiré. Je serrai le plus possible ces bandes, surtout par leur bord externe, et avec une aiguille armée d'un fil, je réunis ensemble leurs bords internes ou correspondants, de manière à les attirer l'un vers l'autre, à diminuer l'intervalle qui les séparait, et à ramener

ainsi l'une contre l'autre, les parties inférieures des fesses, et par l'intermède des pelottes allongées, les bords de la plaie et les grandes lèvres. Je conseillai une immobilité complète et prescrivis une diète rigoureuse. La jeune femme se soumit avec une patience et une résignation exemplaires à toutes ces précautions. Le quatrième jour, je renouvelai l'appareil; je l'enlevai entièrement le douzième: la réunion paraissait alors complète et solide. Néanmoins ce ne fut que le dix-huitième que je provoquai les évacuations alvines par l'emploi des lavements et de l'huile de ricin. Le vingt-cinquième seulement, je me décidai à enlever le pessaire pendant qu'une personne maintenait fortement le périnée. Il existait à la fourchette un écartement peu sensible. » (Duparcque, *Mal. de la matrice*, t. II, p. 421.)

Opérations proposées pour la guérison des déchirures du périnée.

On a surtout proposé la cautérisation et la suture. M. Sédillot a guéri une femme en rafraîchissant seulement les bords de la solution de continuité sans faire de suture. Comme on le pense bien, il n'y a rien de moins sûr qu'un pareil procédé. L'opération une fois commencée il faut l'achever; si on voulait n'enflammer que les bords de la solution de continuité, mieux vaudrait se servir de la cautérisation, qui a pour effet de gonfler davantage les lèvres et de les mettre mieux en contact.

I. Cautérisation. « Voulant éviter toute opération sanglante, quelques chirurgiens, M. J. Cloquet entre autres, ont attaqué les fentes du périnée par la cautérisation, comme j'en avais donné le conseil en 1832, et comme M. Sédillot l'avait déjà fait; portant un petit cautère rougi à blanc, un crayon de nitrate d'argent ou un pinceau chargé de nitrate acide de mercure, dans l'angle le plus profond de la division, et cela une fois au moins par semaine, j'ai cru que la fente se fermerait par degré de sa partie supérieure vers les téguments. Quoique des succès aient été invoqués à l'appui de cette pratique, je crains qu'on ne se soit fait illusion à cet égard. Ainsi traitée, la cloison recto-vaginale s'abaisse, se durcit, se rapproche de la peau, mais la fente du périnée elle-même ne se rapproche, ne se comble, ne se ferme point; en sorte qu'on diminue la difformité sans la détruire. » (Velpeau, *Méd. op.* t. IV, p. 465.)

II. Suture. Doit-on faire cette opération immédiatement après l'accident, ou faut-il attendre que les bords de la division soient cicatrisés, et que la malade soit complétement rétablie d'ailleurs? De la Motte était de la première opinion, qui a été acceptée par Dieffenbach; tandis que MM. Roux et Velpeau, sont de l'autre avis. Voici le raisonnenement de ces derniers chirurgiens : « Naguère, en effet, les parties rompues ont subi la plus grande violence; elles ont été soumises à une distension extraordinaire; bientôt un gonflement considérable va s'en emparer; il faudrait peu de chose pour qu'elles éprouvassent une inflammation des plus vives, et pour que cette inflammation prît un fâcheux caractère; bientôt aussi elles seront inondées par l'écoulement des lochies, et l'on aurait, sans doute, beaucoup de peine à tenir les bords de la plaie dans une exacte coaptation, et à faire qu'ils ne fussent pas humectés par les fluides qui doivent couler si abondamment du vagin.

» Certes, toutes ces circonstances ne sont pas favorables pour le succès de la suture du périnée; et puis, les soins qui devraient suivre l'opération sont-ils bien compatibles avec ceux que réclame l'espèce de maladie qui succède à l'accouchement? Serait-il prudent, d'ailleurs, de soumettre à une opération longue, douloureuse, une femme nouvellement accouchée; un être devenu momentanément si nerveux, si impressionnable, chez qui les moindres émotions pénibles peuvent avoir de si fâcheuses conséquences, et à qui il faudrait faire connaître un malheur qu'elle ignore, sans pouvoir même garantir l'efficacité des moyens qu'on emploie pour y remédier? Non assurément; mieux vaut temporiser, et remettre les tentatives de guérison à l'époque où la santé de la femme est rétablie, où les bords de la solution de continuité se sont revêtus d'une cicatrice, où toutes les parties circonvoisines sont rentrées dans leur état naturel. » (Roux, *Mémoire cité*.)

Ces raisons sont d'un grand poids. Mais l'autorité de De la Motte doit être placée dans l'autre plateau de la balance, avec le fait que nous avons cité, et ceux de Dieffenbach, qui traite ainsi cette question: « Faut il dans tous les cas, et quelle que soit l'étendue de la déchirure, opérer immédiatement le rapprochement des parties par la suture? On ne peut hésiter à se prononcer pour l'affirmative ; personne ne mettra en question la nécessité de coudre au plus tôt les grandes déchirures: ce point ne peut être contesté. Et quant aux lésions de la première variété (déchirures incomplètes), il ne peut y avoir de doute pour nous. Immédiatement après l'accident, les parties largement déchirées offrent une plus grande surface de cicatrisation; jamais, dans les premiers moments, il n'est besoin de faire des incisions latérales pour isoler les sutures, tandis qu'elles deviennent indispensables quand il y a des cicatrices peu mobiles, et se prêtant difficilement à un déplacement quelque petit qu'il soit.

» Les sutures doivent être placées à une grande profondeur et étreindre une grande épaisseur de tissu : c'est parce qu'on a négligé cette précaution que l'on a échoué. Les tissus qui ont été longtemps soumis au travail de l'accouchement sont gorgés de liquides; ils renferment souvent les germes d'une inflammation violente; et, lorsque les ligatures sont serrées, elles déchirent toutes ces parties molles qui sont toujours affaiblies à la suite d'un travail inflammatoire. » (*Chirurgie de Dieffenbach*, par Phillips.)

Dieffenbach cite un bon nombre de faits qui valent mieux que son raisonnement. Après avoir examiné ces observations, M. Bérard dit : « Ces faits ont une grande valeur, et semblent prouver plus que l'innocuité de l'opération immédiate. Le raisonnement ne lui est peut-être pas aussi hostile au fond que cela semble d'abord. En effet, elle peut être considérablement simplifiée si on pratique la suture enchevillée: trois ligatures suffisent ordinairement. Elle doit être fort peu douloureuse, car on opère au milieu de tissus qui ne sont pas encore enflammés, et il n'y a point d'avivement à faire; de simples piqûres ne sont pas capables d'ébranler dangereusement un organisme, même affaibli; la nature de l'opération ne peut augmenter de beaucoup l'inflammation qui doit survenir; elle s'opposerait même à son développement si la réunion était immédiate; les fils, comme je le dirai plus loin, peuvent ne point figurer comme corps étrangers au milieu de la plaie. Il sera toujours possible de bien disposer le moral de la malade, et on lui aura évité, pendant un temps plus ou moins long, les désagréments de l'infirmité la plus dégoûtante, l'attente et les douleurs d'une opération devenue fort compliquée; enfin l'on n'aura probablement couru que le risque d'un insuccès qui ne compromet en aucune façon les opérations ultérieures. L'écoulement des lochies n'a pas paru fort embarrassant. » (*Dict.* en 25 vol., t. XXIII, page 525, art. *Périnée*.)

Soins avant l'opération. La malade doit être dans un aussi bon état de santé que possible; on la met à un régime sévère quelques jours avant l'opération; des lavements, des minoratifs même lui sont administrés pour vider les intestins. Tisane légèrement astringente. Enfin on la soumet à l'action de l'opium pour éloigner le moment où le besoin de la défécation se fera sentir. La première malade de M. Roux, sous l'influence de ce médicament administré avant l'opération pour pallier son infirmité, resta constipée jusqu'au vingt-deuxième jour.

Pour bien étudier les procédés de la suture, il faut jeter ici un coup d'œil sur son historique.

L'histoire de la périnéo-raphie se compose de trois époques principales.

1. *Première période*. Au seizième siècle, Guillemeau fait la suture entortillée et guérit sa malade en quinze jours.

2. *Deuxième période*. M. Roux dit que Mauriceau, De la Motte, Smellie, ont paru croire qu'on pouvait entreprendre la restauration du périnée, mais sans dire s'ils l'ont pratiquée. Or, nous allons rapporter une observation de De la Motte, qui prouve qu'il n'a pas seulement entrevu la possibilité de cette opération, mais qu'il l'a parfaitement exécutée.

« Le 21 juin de l'année 1702, une

femme qui demeurait à quatre lieues de cette ville, m'envoya prier de venir la voir. Je la trouvai autant bien qu'une femme accouchée de quatre jours le pouvait être. Elle me dit que, quoiqu'elle parût se porter bien, elle en était fort éloignée, que la sage-femme l'avait accouchée d'une promptitude et d'une violence si grandes, qu'elle lui avait ouvert le corps, et qu'elle m'avait envoyé prier de la venir voir, pour savoir de moi s'il n'y avait point de remède à son mal, qu'elle me fit voir dans le moment. Je lui trouvai l'entrefession ouvert, mais dont l'ouverture ne pénétrait le long du vagin et du rectum que d'environ un pouce, et cette ouverture ne lui causait aucune incommodité par rapport aux matières qu'elle retenait fort bien : ce qui me fit lui assurer que cet accident n'avait pas de conséquence, et que, si elle voulait prendre une bonne résolution, je l'allais guérir sur-le-champ. Elle se détermina sans hésiter à ce que je voulais faire, et je lui fis aussitôt trois points d'aiguille, un dans le vagin et l'intestin, l'autre à l'extrémité de l'anus, et le troisième à la fourchette. Je ne retournai voir cette femme que deux fois en dix jours, et elle se trouva si parfaitement guérie que j'ôtai le fil qui servait à ces points. Elle a depuis accouché plusieurs fois, sans que cet accident ait récidivé. » (*Traité des acc.*, t. II, p. 127.)

Voici maintenant, en grande partie, l'observation de Saucerotte; elle a acquis une certaine célébrité. « Dans l'examen que j'ai fait de la lésion, soit par le toucher, soit à l'aide du spéculum utéri, j'ai trouvé que la crevasse de la paroi recto-vaginale, longue, dans la direction de l'axe du corps, d'environ quatre centimètres, à peu près un pouce et demi de l'ancienne mesure, commençait au-dessus du sphincter de l'anus ; celui-ci jouissant de son intégrité, et restant isolé, entre la déchirure de la fourchette et celle de la cloison recto-vaginale. »

Quant au procédé opératoire : « J'ai fait, dit-il, couper la branche ascendante de mon spéculum ; parce que celle-ci n'aurait pu s'appuyer, dans son ascension, contre le pubis, qu'elle ne fît presser les deux inférieures sur la cloison recto-vaginale, ce qui aurait gêné l'action de l'instrument porte-aiguille, dont il sera question plus bas; au lieu que le spéculum dilatatoire n'étant qu'à deux branches, le chirurgien Roussel, chargé de cette partie, les portant contre l'arcade du pubis, devait laisser absolument à découvert la paroi recto-vaginale.

» J'ai fait faire une gouttière mince, en bois de noyer, pour introduire sur le doigt indicateur gauche, dans l'anus, afin de pratiquer sur sa partie convexe les incisions nécessaires, avec deux instruments dont le premier en forme de coutelet, et l'autre en forme de rugine ; j'avais de plus des ciseaux droits et courbes ordinaires, ainsi que ceux dont les lames sont courbes sur le plat.

» J'ai fait construire deux aiguilles d'une courbure différente, précaution dont j'ai reconnu la nécessité dans l'opération : la plus courte m'ayant servi pour les points supérieurs, et la plus longue pour les deux du côté du sphincter, après avoir retiré le fil double ciré du chas de la première, pour le faire passer dans celui de la seconde.

» Enfin, j'ai fait établir un instrument porte-aiguille, sur lequel le talon des aiguilles peut être fixé, à droite et à gauche, en ligne horizontale et en ligne oblique, selon l'axe de l'instrument.

» Mon intention a été de pratiquer la suture du pelletier, ou à surjet, comme la plus sûre et la plus unissante, en commençant de ma droite à ma gauche, par la partie supérieure de la plaie, vers le fond du vagin.

» D'après ce plan, il a fallu à chaque point passé dans les deux lèvres de la division, démonter l'aiguille par le moyen de la vis adaptée à l'instrument, et de pincettes avec lesquelles le chirurgien Castara contenait cette aiguille, et la reportait au dehors du vagin pour la monter de nouveau. Il y a eu six points complets, c'est-à-dire que chaque bord de la solution de continuité a été perforé six fois. J'ai assuré au bout du fil un petit rouleau de linge enduit d'emplâtre de Nuremberg, afin de tenir lieu de nœud sur la première perforation; tandis que sur la dernière, le fil double ciré a été ouvert en deux, et lié sur un pareil rouleau, auprès du sphincter de l'anus.

» L'opération terminée, j'ai introduit dans le vagin un linge couvert de baume du Pérou, et dans l'anus une canule de plomb un peu aplatie, courbée selon la convexité de l'os sacrum, évasée par le haut, et assez longue pour que l'extrémité supérieure portât au delà du plus élevé des points de suture.

» La malade a été mise à une diète sévère, pour favoriser la constipation; en faisant observer que la majorité des avis avait été pour ce régime. Au onzième jour il est survenu de si pressantes épreintes, que l'on n'a eu que le temps de retirer la canule, et la malade a rendu, avec de vives douleurs, et avec effusion de sang, des crotins qui ont déchiré les trois points inférieurs; de manière que les excréments ont presque tous passé par le vagin.

» J'avoue que cet accident nous a découragés tous; cependant, quelques jours après, en examinant l'état des parties, nous avons vu que la plaie n'avait à peu près que la moitié de la grandeur que nous avions observée auparavant, et que sa figure, au lieu d'être longitudinale, était triangulaire, ayant sa base vers le sphincter.

» Cette dame, pourvue de beaucoup de courage et d'envie de guérir, s'est soumise à une nouvelle opération, qui a été faite environ un mois après la première; mais nous avons pris une voie inverse : 1° nous avons supprimé la canule, qui avait été fort incommode, et dont la présence avait sans doute causé une rétention d'urine qui a mis la malade dans le cas d'être sondée plusieurs fois; 2° au lieu de provoquer la constipation, nous avons entretenu la liberté du ventre, par quelques verrées d'eau de tamarin : c'était l'avis d'un des hommes célèbres qui ont été consultés; 3° nous avons permis une nourriture peu abondante, avec cela relâchante et rafraîchissante; 4° nous nous sommes résolus à faire la section du sphincter de l'anus (c'était l'opinion de l'un d'entre eux), d'autant mieux qu'il restait isolé, comme une corde tendue; qu'il opposait une résistance à la libre issue des matières fécales, et que d'ailleurs il était à présumer que ses fibres musculaires pourraient faciliter la réunion des parties adjacentes : je crois même que si cette section eût été faite lors de la première opération, la déchirure des trois points inférieurs n'aurait pas eu lieu.

» D'après toutes ces considérations, j'ai coupé le sphincter auprès de la fesse droite, ce qui m'a beaucoup facilité l'avivement; ensuite j'ai pratiqué quatre nouveaux points de suture, le dernier de ces points unissant le sphincter avec les parties inférieures de la division de la paroi recto-vaginale, ce qui donnait une forme ovale au sphincter.

» Enfin, voici l'état de cette citoyenne, trois mois après la seconde opération : 1° elle est maîtresse, malgré la section du sphincter de l'anus, de retenir ou d'évacuer à volonté les excréments durcis, et même ceux qui sont liquides; 2° la partie inférieure du vagin présente plusieurs froncis et plusieurs petites bosses qui en rétrécissent l'entrée; 3° à l'endroit de la section du sphincter, il y a à l'extérieur une espèce de petite gouttière où les matières stercorales ne séjournent pas lorsque cette dame va à la selle, mais où celles qui sont fluides s'arrêtent, ce qui la met dans le cas d'essuyer cette partie avec un linge doux ou avec une éponge un peu mouillée : léger inconvénient en comparaison de la salle incommodité à laquelle elle était sujette auparavant. Les circonstances qui ont accompagné cette maladie, et les résultats des moyens curatifs donnent à conclure : 1° que la constipation, qui, à l'époque d'une solution de continuité récente, pourrait être un moyen de guérison, n'est d'aucune utilité lorsque, comme l'on dit, les lèvres de la division sont devenues calleuses par le laps de temps; 2° qu'après l'opération un régime rafraîchissant et relâchant, ainsi que la liberté du ventre provoquée par de doux laxatifs, mais non par des lavements, doivent être préférés à la constipation; 3° qu'il est d'une nécessité absolument indispensable de faire la section du sphincter de l'anus, si l'on veut ne pas rencontrer en lui une barrière qui offre plus de résistance à la sortie des excréments que les bords de la solution de continuité recto-vaginale; si l'on veut enfin faciliter la cohésion des parties divisées, que je crois impossible sans cette précaution

préliminaire. » (Saucerotte, *Mélanges de chirurgie*, tome 1er, page 531.)

Ce fait est important sous tous les rapports. On voit que Saucerotte n'est pas d'accord avec la plupart des praticiens de nos jours sur la nécessité de provoquer la constipation : on voit aussi que ce praticien a su employer la plupart des sutures, et que son observation n'a pas été inutile à M. Roux, quand il a modifié la périnéoraphie comme nous la décrirons plus tard.

Il est impossible de conserver le moindre doute sur ce fait; il y a eu suture non-seulement du périnée, mais encore de la cloison recto-vaginale. Noël, Saucerotte, A. Dubois, suivent une méthode qui se rattache à celle de De la Motte; Dupuytren en fait autant. Voici l'observation de cet illustre chirurgien qui a un double intérêt. « Je fus appelé, il y a un assez grand nombre d'années, par M. Gardien et un autre médecin, près d'une jeune fille accouchée en secret et hors de la maison paternelle; l'accouchement s'était terminé par une rupture complète du périnée qui allait jusqu'à l'anus et ne s'arrêtait qu'à un pouce de hauteur de la paroi antérieure du rectum. Plusieurs jours s'étaient déjà écoulés depuis l'accident; je conseillai et pratiquai la suture à points séparés; aujourd'hui je préférerais la suture enchevillée. Un mois après, la jeune fille fut obligée de retourner chez son père, la réunion n'était point encore faite; une suppuration opiniâtre y avait seule mis obstacle, car je n'avais point coupé les fils. Mon avis fut de laisser la suture en place, persuadé que la réunion aurait lieu. On suivit ce conseil, et je n'entendis plus parler de rien.

» Trois ou quatre ans après, je vis entrer dans mon cabinet un homme et une femme; celle-ci se tenait en arrière et me faisait un signe comme pour m'inviter à la prudence. L'homme, c'était le mari, me fit connaître qu'il n'avait pas consommé le mariage; il désirait savoir si c'était sa faute ou celle de sa femme. Je la visitai et trouvai l'ouverture du vagin très-étroite, située haut vers le pubis et regardant en avant; en arrière le périnée était parcouru par une forte et longue cicatrice. Je conseillai au mari de renouveler ses efforts qui, en effet, furent enfin couronnés de succès. La femme devint enceinte et accoucha, chose remarquable, sans qu'il se fît de nouvelle déchirure. Tout le monde a déjà deviné que c'était celle que j'avais opérée plusieurs années auparavant. J'ai su qu'elle s'était confiée à un médecin qui n'avait enlevé la suture que quand la réunion avait été complète.» (Dupuytren, *Leçons orales de clinique chirurg.*, tome IV, page 252.

3. *Troisième période.* M. Roux considère la suture simple, et même la suture entortillée comme insuffisante. Il fait revivre la suture emplumée qui était tombée en désuétude, et par ce moyen, non-seulement la partie la plus superficielle, mais toute la partie profonde de la solution de continuité est réunie. M. Dieffenbach renouvelle, sans s'en douter, les idées de De la Motte sur l'époque à laquelle on doit opérer, fait comme lui la suture simple, et profitant des idées de Celse, donne le conseil de pratiquer de grandes entailles sur le côté des lèvres de la division pour faciliter le rapprochement de la coaptation de ces lèvres.

a. Méthode de M. Roux. A cette méthode se rattachent quelques procédés. Nous ferons connaître les plus importants. Pour aviver les surfaces et entailles d'une ancienne division du périnée et d'une partie de la cloison recto-vaginale, on doit imiter M. Roux, qui commença par enlever de chaque côté de la division un lambeau à peu près quadrilatère, long d'un pouce et demi à deux pouces environ, *mais fort mince*, qui prit soin d'anticiper un peu sur la peau d'une part, et d'une autre part sur les parois du vagin, et de prolonger les deux lambeaux de l'anus vers les grandes lèvres, pour qu'après la suture faite et l'opération terminée, l'entrée du vagin fût plutôt un peu trop étroite. De cette manière, on met en contact des surfaces aussi étendues que possible, et on augmente par là les chances de succès.

Après l'avivement, M. Roux passe les fils avec de fortes aiguilles et à grande courbure pour qu'elles embrassent beaucoup de tissus. D'ailleurs voici la description de ce second temps de l'opération telle qu'elle a été faite par l'opérateur lui-même. Nous indiquerons après le résultat du premier et d'un des plus bril-

lants succès obtenus par M. Roux. « Je plaçai quatre ligatures en faisant agir les aiguilles courbes conductrices des fils, d'un côté de dehors en dedans, et de l'autre de dedans en dehors; j'eus le soin d'anticiper un peu sur les parois du vagin, mais assez seulement pour opérer sur ces parois une légère traction et pour pouvoir mettre en contact les deux plaies dans tous les points de leur étendue.

» Les ligatures étant placées, j'employai pour cylindres deux morceaux d'une bougie de gomme élastique un peu forte ; l'un des deux fut placé dans les anses que les ligatures doublées formèrent d'un côté, et l'autre du côté opposé, entre les chefs isolés de toutes ces ligatures ; et je terminai en formant avec les deux bouts de chaque fil, sur ce second cylindre, d'abord un nœud simple très-serré, puis un nœud bouclé. Je ne craignis point de presser les bords de la plaie l'un contre l'autre un peu fortement. Je ne dois pas oublier de dire que, comme par la manière dont elle agit, la suture entortillée fait un peu saillir au dehors les bords de la plaie, et qu'ainsi, par elle, la coaptation n'est jamais aussi parfaite à l'extérieur qu'on pourrait le désirer, j'avais songé d'avance à prévenir cet effet, et à mettre la peau en contact avec elle-même.

» J'y parvins au moyen de ligatures minces que j'avais engagées dans les différents points de suture avec les ligatures principales, et qui me servirent à faire comme autant de points de suture simple, toutefois fort peu serrés. Ainsi j'avais tout prévu, tout calculé, tout combiné si bien, et tout se passa si bien aussi comme je l'avais désiré, que j'ai fait peu de choses en chirurgie qui m'aient autant satisfait sous le rapport de l'exécution. Après la suture terminée, les parties voisines n'étant pas plus tendues qu'après la première opération, je me dispensai encore de faire les incisions latérales de M. Dieffenbach. La malade fut soumise aux mêmes soins qui déjà lui avaient été prodigués.

» Je ne fis rien pour provoquer les selles, espérant être favorisé par la constipation habituelle de la malade. En effet, elle persista jusqu'au vingt-deuxième jour.

» Au commencement du septième jour, j'avais enlevé les cylindres et retiré toutes les ligatures. Déjà à cette époque on voyait distinctement qu'il y avait entre les deux moitiés du périnée autre chose qu'une simple agglutination ; déjà elles étaient assez solidement réunies, et il aurait fallu un certain effort pour les séparer. Insensiblement la cicatrice acquit plus de force et de solidité, et bientôt la consolidation du périnée fut parfaite. Au vingt-deuxième jour eut lieu la première selle ; l'anus était alors plutôt trop étroit que trop large, et l'expulsion des matières qui formaient une masse assez considérable et d'une grande consistance, ne se fit pas sans beaucoup de peine, il fallut même y aider par des pressions exercées de haut en bas avec un doigt introduit dans le vagin.

» Mais l'union était à cette époque tellement intime et solide, qu'une défécation encore plus laborieuse n'aurait pu la rompre.

» Le périnée ainsi reconstitué ne différait alors en rien du périnée dans son état naturel, surtout chez une femme dont les organes sexuels n'ont point été encore mis en jeu. Il avait deux pouces de longueur ; un raphé linéaire le partageait en deux moitiés parfaitement semblables ; en l'explorant, soit du côté du vagin, soit du côté de l'anus, on le sentait épais, solide, j'oserai même dire vigoureusement constitué. C'est ce qu'un accoucheur célèbre, M. Danyau, a pu constater avec moi.

» Cette dame a quitté Paris vers la fin de juin.

» A cette époque il existait sur la cloison recto-vaginale, immédiatement au-dessus du périnée, une ouverture de communication du rectum avec le vagin, mais fort petite, qui livrait passage à des gaz de temps à autre seulement ; les matières fécales ne la franchissaient pas. Elle s'est fermée complétement depuis.

» Dès cette époque aussi j'avais permis à la femme et au mari de reprendre leurs habitudes conjugales ; dans les premiers temps, il y eut quelques difficultés à vaincre à raison de l'étroitesse de la vulve. Je désirais que cette jeune dame ne fût

pas exposée à devenir enceinte, au moins prochainement ; j'étais même enclin à souhaiter pour elle qu'elle ne le redevînt jamais. Il n'en a point été ainsi ; elle est devenue enceinte vers la fin de l'année même de l'opération ; elle est accouchée il y a trois mois. L'accouchement a été des plus heureux. Il s'est terminé par les seules forces de la nature après quelques heures de douleurs ; et quoique le périnée se soit trouvé exposé pendant assez longtemps à tous les efforts d'un travail fort actif, il n'a éprouvé aucune déchirure nouvelle, ou complète, ou incomplète, pas même le plus léger éraillement. » (*Gazette médicale*, année 1834.)

b. Procédé de M. Vidal. Ceux qui ont vu opérer M. Roux, et les chirurgiens qui suivent son procédé ont été frappés des difficultés, des longueurs causées par les aiguilles courbes. En effet, pour qu'elles embrassent une grande épaisseur de tissus, il leur faut une grande courbure ; alors on les enfonce plus ou moins facilement ; mais pour les retirer entre les deux lèvres de la plaie, on éprouve les plus grandes difficultés, on cause à la malade les plus grandes souffrances.

C'est pour éviter les unes et les autres que M. Vidal se sert des mêmes aiguilles avec lesquelles il pratique l'oblitération du vagin dans les cas de fistules vésico-vaginales. Ces aiguilles sont fortes, longues de 54 millimètres ; elles sont portées sur un manche et terminées par un fer de lance. Le chas percé sur cette extrémité est assez grand pour permettre d'y passer aisément une anse double de fil ciré. Les deux aiguilles étant garnies de leur anse de fil, on traverse les bords de la division de dehors en dedans, c'est-à-dire, de la peau vers la surface rafraîchie. Il est facile ainsi d'aller à toutes les profondeurs, on laboure l'épaisseur du périnée obliquement. Dès que le chas a paru entre les deux lèvres de la division, on dégage avec des pinces l'anse du fil qu'on confie à un aide. On retire l'aiguille. Avec une autre aiguille qui porte encore une anse de fil, on traverse le périnée de la même manière, mais du côté opposé. Il y a alors deux anses de fil entre les deux lèvres de la division. Pour qu'une d'elles traverse les deux lèvres voici comment on manœuvre : on passe l'anse gauche dans la droite qui sert alors de conducteur ; on tire sur elle, elle entraîne l'anse gauche qui traverse ainsi la lèvre droite. Le fil droit est alors inutile et dépassé ; on peut ainsi placer plusieurs anses de fil qu'on fixe sur des plumes ou des sondes de gomme élastique, on termine enfin la suture enchevillée.

M. Fauraytier a adopté l'idée de M. Vidal, et a modifié ainsi son aiguille. Au lieu d'être formée d'une seule tige, celle de M. Fauraytier est brisée à trois ou quatre lignes de la pointe. Quand cette pointe a paru entre les deux lèvres de la division, au lieu de retirer seulement le fil, on retire le fragment acuminé de l'instrument de M. Fauraytier. Le reste de la tige est retiré en rebroussant chemin.

c. Procédé de M. A. Bérard. « J'ai pratiqué le 16 juillet 1840, une suture enchevillée, mais modifiée ainsi : après avoir traversé la lèvre gauche de la plaie, je traversai de bas en haut la cloison, puis de haut en bas, vers son bord droit, de façon à placer une anse de fil dans le vagin ; puis j'achevai ce point de suture, en traversant la lèvre droite de dedans en dehors, comme dans les autres procédés. Un point fut passé à la partie moyenne de la division ; un troisième point, semblable au premier, fut placé en bas, de manière qu'il y eût une anse dans le rectum. Les ligatures furent serrées sur leurs chevilles.

» Ce procédé fort simple a l'avantage très-grand d'amener, très-exactement, toutes les parties en contact, et de ne laisser dans la plaie qu'une très-petite étendue des fils.

» Le premier point de suture fut ôté le sixième jour, et les autres le neuvième. Je me suis reproché de les avoir laissés un peu trop. Cette circonstance est sans doute la cause de l'accident qui est survenu chez cette femme.

» Les deux ouvertures cutanées inférieures sont restées fistuleuses, et ont toujours fourni depuis des gaz et des matières stercorales liquides, comme de véritables fistules de l'anus. Malgré cela, la femme guérit parfaitement. La première selle eut lieu le treizième jour ; le cathétérisme fut pratiqué pendant dix-

huit jours. La malade alla se délasser dans son pays le 24 octobre; elle est revenue le 21 avril 1841, pour faire opérer ses fistules. J'ai opéré la première le 27, la seconde le 5 mai. La cicatrisation en est aujourd'hui presque complète. » (*Dictionnaire* en 25 vol., tome XXIII, page 529.)

Nous n'avons pas décrit le procédé de M. Montain, qui consiste à rapprocher les lèvres avec une agrafe, parce que ce procédé est complétement banni de la pratique.

Dans un cas grave et compliqué (puisqu'il y avait une fistule vésico-vaginale avec la déchirure du périnée), M. Joberta fait la suture entortillée, et, malgré l'urine qui baignait la plaie, l'opération a réussi. (*Gazette des hôpitaux*, tome III, page 379.)

d. Opération en deux temps. M. Vidal est un des chirurgiens qui croient le plus à la fistule vagino-rectale, comme conséquence presque constante de la périnéoraphie faite, bien entendu, dans les cas de complication de la division du plancher qui sépare le vagin du rectum. Deux fois ce praticien a vu ses opérations être suivies de cet accident; et nous ne serions pas loin de soutenir l'opinion qu'il s'est faite sur sa constance. Malheureusement, les observations ne permettent pas de juger entièrement cette question; car elles ont presque toutes été rédigées avec une rare négligence. Si on veut savoir jusqu'à quel point ce reproche est fondé, on n'a qu'à parcourir les sept observations consignées dans la *chirurgie de Dieffenbach*, publiée par M. Phillips. (1re partie, 1840.)

M. Vidal attribue cet accident à l'impossibilité de placer dans des rapports exacts les lèvres de la cloison vagino-rectale bien moins épaisses que celles qui appartiennent au périnée lui-même. En serrant les fils qui tiennent en contact les lèvres de la division périnéale, on tend à écarter, à changer les rapports des lèvres de la division du plancher qui sépare le vagin du rectum. Comme conséquence naturelle de ce qui est avancé ici par M. Vidal, ce chirurgien conseille l'application des principes qu'il a développés dans son livre, sur les opérations *en deux temps*. Ainsi, selon M. Vidal, on devrait d'abord réunir avec un grand soin les lèvres de la division du plancher vaginal, et ne toucher au périnée, ne le coudre qu'après le succès de la première suture.

Le premier temps de l'opération transformerait la rupture compliquée en une rupture simple; *le second temps* compléterait la réparation.

Suites de l'opération; soins à donner à la malade qui a été opérée. Les soins consécutifs sont de la plus haute importance. La malade sera placée dans son lit, avec ménagement; elle restera sur le dos, les jambes et les cuisses en demi-flexion, on placera des coussins sous les jarrets; les cuisses seront rapprochées, pour éviter la tension de la plaie; mais pas assez cependant pour faciliter la stagnation des humeurs, de la sueur; cette position permettra de voir ce qui se passe dans le lieu malade, de faire les lotions nécessaires, les injections vaginales. Il vaut mieux répéter le cathétérisme, que de placer une sonde à demeure dans la vessie; les mèches dans l'anus et la vulve sont *au moins inutiles*. Saucerotte a été obligé de renoncer à sa canule, qu'il avait placée dans le rectum. La première garde-robe doit être surveillée; il serait bon de la suspendre jusqu'à parfaite consolidation; autrement on facilite l'expulsion des matières dures par des lavements huileux, par la position de la malade; on fait leur extraction, ou bien encore on les rend plus molles, au moyen de purgatifs légers. Nous avons déjà noté la conduite de Saucerotte pour ce qui est des selles.

Le temps pendant lequel on doit laisser les sutures est une chose importante à préciser: en les laissant plus de quatre à cinq jours, on court risque de voir survenir de l'inflammation autour des fils, un agrandissement considérable de leur ouverture; enfin, l'établissement de fistules, comme l'a vu M. Bérard. Chez une femme qu'il opéra à la Salpêtrière par la suture enchevillée, leurs trajets furent convertis en énormes trous; la réunion ne se fit point, et il perdit sa malade.

Il est des complications qui empêchent de pratiquer l'opération; il en est qui seront d'abord détruites, ou au moins diminuées avant d'opérer. Ainsi, à quoi ser-

virait la suture du périnée chez une femme qui a en même temps une fistule vésico-vaginale? D'ailleurs l'urine baignant continuellement la plaie en empêcherait l'agglutination.

Les prolapsus de la matrice, du vagin, du rectum, compromettent le succès de l'opération. Ces organes viennent, sans cesse, appuyer contre la suture, et détruire l'adhérence si elle est déjà formée.

« Généralement les résultats de la restauration du périnée ont été heureux; il faut cependant être en garde contre plusieurs sortes d'accidents ou de dangers. Souvent le vagin devient le siége d'un flux puriforme abondant. Dans tous les cas observés par M. Roux, il y a eu impossibilité d'uriner.

» Deux dames dont parle M. Velpeau, ont été prises le troisième jour d'hémorrhagie assez abondante pour causer des syncopes, et donner de l'inquiétude au chirurgien; cependant ce n'étaient que des déchirures incomplètes. Quelquefois la réunion ne se fait point, ou elle se détruit par quelque circonstance malheureuse, ou elle est incomplète; alors il faut recourir à l'opération deux ou trois fois.

» Souvent il arrive que les bords de la division sont séparés près de l'anus; il semble alors qu'on ait pratiqué au malade l'opération de la fistule; des mèches et un pansement convenable ont toujours réussi à achever la cicatrisation. » (*Dict. en 25 volumes*, t. XXIII, p. 531, art. *Périnée.*)

Un accident plus commun, on pourrait dire presque constant, c'est une fistule vagino-rectale. Voici ce que dit M. Velpeau à ce sujet : « Une circonstance à ne point omettre, c'est qu'une sorte de fistule reste assez souvent, après la réunion, au bas de la cloison recto-vaginale; M. Roux avoue [1] que cette ouverture s'est maintenue longtemps chez l'épouse du chirurgien de Valogne. Elle existait encore [2] chez une autre malade lorsqu'il la perdit de vue. En disant que cette ouverture a presque toujours fini par s'oblitérer, ou par devenir si étroite [3] qu'elle ne livrait plus passage qu'à une petite quantité de gaz, M. Roux ne prouve pas que la disparition en ait réellement été complète. Je vois, en effet, dans la thèse d'un de ses élèves [1], qu'elle persiste assez souvent. Je connais une dame opérée par M. Roux, et chez laquelle cette fistule n'a point diminué depuis l'année 1834. » (Velpeau, *Méd. opér.*, tome IV, page 459.)

[1] *Restauration du périnée*, etc., page 24.
[2] *Idem*, p. 24.
[3] *Ibid.*, p. 31.

La cautérisation paraît en avoir guéri quelques-unes; Dieffenbach en a débarrassé une de ses malades par l'avivement et la suture; d'autres fois elles persistent.

Nous avons déjà exprimé l'opinion de M. Vidal à cet égard, et nous avons décrit le procédé qu'il propose pour prévenir cet accident.

« Enfin plusieurs malades sont mortes, deux sur treize, opérées par M. Roux, l'une de phlébite et de résorption purulente, l'autre d'une entérite chronique; une sur deux opérées par M. Velpeau; la malade à succombé à une péritonite qu'il a supposée déterminée par continuité au moyen des trompes. M. Mercier parle d'un quatrième cas de mort. J'ai perdu moi-même une malade de la Salpêtrière. M. Dieffenbach, qui a opéré un grand nombre de malades, paraît n'en avoir perdu aucune. » (Bérard, *Dict.* cité, page 531.)

CHAPITRE III.

MALADIES DES PARTIES INTERNES DE LA GÉNÉRATION.

Les parties internes de la génération chez la femme, comprennent : 1° le vagin; 2° l'utérus et ses annexes.

1° Maladies du vagin.

—

ARTICLE Ier.

Vices de conformation.

Les vices de conformation du vagin sont fréquents. On a dit dernièrement qu'ils étaient moins nombreux que ceux du rectum, organe plus directement utile à la vie. Mais il faut remarquer que le rectum existe dans les deux sexes; le vagin, au contraire, n'est l'apanage que d'un

[1] Rampon, thèse n° 332. Paris, 1837.

sexe. Les vices de conformation du rectum sont bientôt reconnus, tandis que ceux du vagin ne sont guère constatés qu'à la puberté : la question de la fréquence relative des vices de conformation de ces deux canaux est donc loin d'être entièrement résolue.

Les vices de conformation du vagin sont : 1° les rétrécissements, les oblitérations, l'absence de ce canal ; 2° ses communications avec des organes voisins ; 3° sa bifidité.

§ 1er. Rétrécissements, oblitérations, absence du vagin.

Ces vices de conformation ont fixé l'attention des médecins de tous les temps. Ainsi Celse parle très-bien de la cohérence des bords du vagin au point d'empêcher l'approche de l'homme. Il attribue cette imperforation à deux causes : 1° vice de conformation naturelle : 2° ulcération qui a permis aux parois de se coller (Dujardin, *Hist. de la Chir.*, page 495). Ces vices de conformation sont produits de deux manières : 1° le vagin peut être plus ou moins rétréci dans toute son étendue, ce sont ses parois qui se sont trop rapprochées de l'axe ou qui ne sont pas assez éloignées ; 2° ou bien des cloisons se sont formées à diverses hauteurs du vagin. Ainsi l'hymen, qui est une cloison naturelle, peut être rejeté et porté plus haut, vers le col de la matrice, et constituer ainsi un vice de conformation. Déjà Soranus avait remarqué que l'hymen n'avait pas toujours le même siége, qu'il est tantôt à l'entrée, tantôt au milieu, tantôt au fond du vagin (*Voy.* Aëtius, liv. XVI, cap. XCV, XCVI). Peyrilhe, qui rapporte l'opinion de Soranus, dit qu'elle n'est pas justifiée par l'observation. Il est vrai que ces cloisons à différentes hauteurs du vagin ne sont pas absolument comme l'hymen, mais elles lui ressemblent beaucoup, et l'idée de Soranus est très-utile pour la classification de ces rétrécissements du vagin. L'hymen peut oblitérer entièrement le vagin, alors cette cloison existant, même à sa place ordinaire, constitue un vice de conformation. C'est une vraie imperforation qui empêche la fécondation et l'écoulement des règles. Voici des exemples de ces divers vices de conformation du vagin. Quand ces exemples seront connus, la question des vices de conformation sera mieux appliquée à la pratique.

I. Rétrécissements de toute l'étendue du vagin. Une femme avait le vagin rétréci dans toute son étendue, il pouvait à peine admettre une plume à écrire de moyenne grosseur. Les parois en étaient dures, calleuses. Le mariage avait été bénit depuis trois mois et n'avait pu être consommé. Bénévali employa la racine de gentiane comme s'il s'agissait d'agrandir une fistule ; il augmenta progressivement le volume de cette racine, puis il put introduire la moelle d'une tige de blé de Turquie, on en vint ensuite à l'éponge préparée. Ces diverses substances, en s'imprégnant des mucosités vaginales, se gonflèrent, dilatèrent progressivement, lentement le canal, et le rendirent apte à remplir ses fonctions (Boyer, *Malad. chir.*, tome X, page 340). La conduite de Bénévali devrait être imitée dans des cas analogues à celui qu'il a observé.

Quand le vagin est congénialement rétréci, il est rare qu'il ait sa longueur naturelle ; il est ordinairement plus court. Baillie (*Anat. pathol.*) a vu un vagin n'offrir que la moitié de sa longueur naturelle. Morand (*Opuscules de chirurgie*), Caillot (*Mémoires de la Soc. méd. d'Émul.*), Chaussier (*Bulletin de la Fac. de méd. de Paris*), ont fait la remarque que nous venons de présenter. Murat pense que le vagin peut être originairement très-dilaté (*Dict. des scienc. méd.*, tome LVI). Il n'y a pas de faits bien concluants qui prouvent cette dilatation considérable de naissance.

II. Rétrécissements d'un point limité du vagin. A. *Cloisons incomplètes.* M. Christophe Carter a observé une cloison intrà-vaginale qui rétrécissait le vagin, non au point d'empêcher complétement la copulation et la conception, mais qui devint un obstacle réel à l'accouchement. M. Carter fut obligé d'inciser la membrane qui formait la cloison, afin que l'accouchement pût s'effectuer. Cet observateur dit, qu'après la division de cette cloison, les deux lambeaux se rétractèrent. L'accouchement se serait achevé spontanément, sans la faiblesse extrême de la femme et

l'état cadavérique de l'enfant. Ces circonstances ont nécessité l'emploi des moyens artificiels pour faciliter la sortie de l'enfant. La guérison a eu lieu. (*The Lancet*, mars 1837.)

Voici une forme remarquable de cloison incomplète, c'est une vraie valvule ; elle a été observée par Petit, que nous laissons parler : « Je trouvai, au-dessus de l'orifice du vagin, une tumeur de la grosseur d'un œuf, laquelle s'élargissait en montant ; comme la malade ne souffrait point, je portai mon doigt aussi avant qu'il me fut possible, et comme si j'avais percé une poche, il sortit en abondance du sang rouge et fluide ; puis des caillots noirs, et en pressant tout l'espace qu'occupait la tumeur, je la vidai tout entière, puis portant mon doigt au-dessus à droite et à gauche, je reconnus que cette poche avait la forme d'un *panier de pigeon*, ayant son fond en bas, et son ouverture qui était fort grande était en haut ; de manière que le sang menstruel au lieu de sortir, tombait dans cette poche, et la remplissait au point qu'elle formait une tumeur qui bouchait tout le vagin. Tout ce que je viens de dire se passa sans douleur. Pour remédier à cet accident, quoique la membrane qui formait cette poche eût l'épaisseur d'un écu, je fus d'avis de la fendre dans presque toute sa longueur ; et si l'on m'avait cru, cette dame ne serait pas morte.

» On consulta, à mon insu, différentes personnes qui rejetèrent bien loin l'idée de cette opération, et en firent une description telle que la mère, le gendre et la fille en furent effrayés.

» On conseilla un pessaire, qui introduit et placé à propos, au commencement des règles, presserait la poche, et la tiendrait appliquée contre le vagin, pour empêcher qu'elle ne se remplît pendant que le sang coulerait librement par l'ouverture du pessaire. Cette idée fut suivie, la malade eut ses règles ; le pessaire réussit parfaitement, et l'on crut la malade guérie. La dame devint grosse ; la grossesse se passa sans incommodité, l'accouchement ne se passa pas de même ; la poche en forme de panier de pigeon, à laquelle on ne songeait plus, et dont la sage-femme ne fut point prévenue, retarda longtemps l'accouchement, et s'étant enfin déchirée, on tira heureusement l'enfant que l'on trouva mort, mais la tête avait été retenue si longtemps au passage que la poche, le vagin et la vessie, qui avaient été fort comprimés contre le pubis, tombèrent en gangrène ; je fus appelé à ce désastre ; le déchirement et la pourriture régnaient dans tout le vagin et la vessie, et la gangrène attaquait même l'urètre, le clitoris, les nymphes, et l'intérieur des grandes lèvres. » (J. L. Petit. *Traité des Mal. Chir.* tome III, pag. 110).

B. *Cloisons complètes.* Ces oblitérations du vagin sont fréquentes. Nous avons choisi les deux observations qui suivent, parce que l'une renferme une donnée à noter pour le diagnostic ; l'autre est un cas remarquable de guérison spontanée. 1° M. Gendron a observé un cas d'oblitération de la partie inférieure du vagin, guérie par une incision qui donna issue aux règles accumulées au-dessus de la cloison anormale. C'était chez une fille de dix-neuf ans, dont le ventre avait le volume qu'il présente à 5 mois de grossesse. En écartant les lèvres génitales, on voyait une tumeur comme une pièce de 2 francs, de forme arrondie, laquelle touchée du bout du doigt indicateur, l'autre main étant placée sur la région du bas-ventre, donnait la sensation d'une ondulation très-prononcée. L'index porté en outre dans le rectum, et le pouce de la même main placé sur la tumeur du vagin, faisaient également reconnaître une fluctuation bien tranchée. (*Gazette méd.*, année 1832, page 344).

2° M. Allaire, médecin à Hericy, a observé l'ouverture spontanée d'une tumeur formée par le sang menstruel accumulé, et qui poussait en bas la cloison du vagin, de manière à lui donner la forme, l'aspect d'une poche amniotique. Elle était oblongue, luisante, du volume d'un tiers d'un œuf de poule, présentant deux points noirâtres, l'un au centre de cette poche, l'autre sur le côté gauche. Cette tumeur était rénitente, en quelque sorte immobile, circonscrite, peu ou point douloureuse à la pression. . . la tumeur s'ouvrit spontanément par le point latéral, et donna issue à du sang noir sans odeur

fétide. Cette jeune fille se rétablit parfaitement, et usa du coït; car, dit le rédacteur de l'observation, elle avait des mœurs faciles. (*Gazette méd.* 1832, page 513.)

3° A ces deux faits nous en joindrons un troisième que nous trouvons dans le n° de juin 1842, du *Provincial medical journal :* M. Jameson fut appelé en octobre 1840 auprès d'une fille de 16 ans, bien formée. Elle souffrait à la partie inférieure de l'abdomen, dans la région sacrée, d'une douleur qui se prolongeait vers les cuisses; elle était constipée, souffrait en urinant, et de plus, se plaignait d'une douleur dans la grande lèvre gauche, ce qui la faisait boiter en marchant. Les seins étaient peu développés.

L'examen de l'abdomen fit reconnaître une tumeur bien limitée, s'étendant jusque vers l'ombilic, fermée évidemment par l'utérus. Cette tumeur était peu sensible à la pression; les organes génitaux externes étaient dans l'état normal. A la place ordinaire de l'ouverture du vagin, on rencontrait un petit orifice, qui permettait à peine d'introduire le petit doigt au delà d'un pouce et demi; une substance résistante empêchait d'aller plus loin ; en pressant dessus, on déterminait dans la tumeur utérine une espèce de ballottement, de fluctuation; l'examen par l'anus permit de reconnaître la présence de la tumeur fluctuante dont la pression sur le rectum occasionnait la constipation.

M. Jameson procéda à la ponction de cette tumeur; un trocart fut introduit à travers cette masse ou cette substance indiquée; il pénétra dans la cavité de la tumeur; un fluide de couleur noire comme de la mélasse, coula en grande quantité par la canule, près de deux livres; une sonde canelée fut ensuite introduite, et la plaie débridée de chaque côté; à l'aide du doigt on débrida vers la partie postérieure. En faisant ces incisions, le bistouri donnait la sensation qu'on éprouve en coupant des cartilages; le doigt pénétra dans une cavité rude, au delà de laquelle on ne sentait rien.

Le lendemain, la malade urina bien; il s'écoula encore du liquide ; elle se trouvait très-soulagée. On eut beaucoup de peine à empêcher les parties de s'oblitérer: la malade continua l'usage d'une canule de gomme élastique. Depuis l'opération elle est réglée, et un goître qu'elle avait a beaucoup diminué. (*Annales de la chirurgie*, septembre 1842, p. 108.)

III. Absence du vagin. Un cas remarquable d'absence du vagin, est celui qui a été observé par M. Amussat, et dont l'observation a été lue à l'Institut par ce chirurgien le 5 novembre 1835: le sujet est une jeune Allemande de 15 ans et demi. Les règles ayant déjà été accumulées dans la matrice, le ventre était développé, comme celui d'une femme parvenue au sixième mois de la grossesse; il offrait à sa partie inférieure, une tumeur volumineuse dure, sensible à la pression. Toutes les parties extérieures de la génération étaient parfaitement conformées; mais en écartant les grandes et les petites lèvres, au lieu d'apercevoir l'ouverture du vagin, on voyait une surface concave lisse, là où devait être cet orifice. Le méat urinaire très-apparent, est situé beaucoup plus bas qu'à l'ordinaire; il occupe presque le centre de la fossette que présente la vulve; une sonde droite introduite dans l'urètre, pénétrait difficilement; il fallait la diriger très-obliquement en haut et en avant. Le doigt indicateur, dans le rectum, distinguait facilement la sonde à travers des parties très-minces. En haut et en arrière, le doigt était arrêté par une tumeur volumineuse, qui occupait toute l'excavation du bassin, c'était la matrice distendue. Nous reviendrons sur cette observation, en décrivant le procédé employé par M. Amussat, pour établir un vagin. En suivant les divers temps de l'opération, on sera encore plus persuadé de l'absence du vagin, dans le cas dont il s'agit.

Si on désire d'autres exemples d'absence du vagin, on peut recourir à la collection des thèses de Haller, tome v; aux ouvrages de Vicq-d'Azyr, au journal des Savants, 1797, tome xxvi.

Avec l'absence du vagin on peut constater l'absence ou l'existence de la matrice. La jeune fille opérée par M. Amussat était dans ce dernier cas. Mac-Farlane opéra dans un cas où il n'y avait pas de matrice. (*Journal des progrès*, tome iv.) Chez une femme qui vient le consulter de temps en temps, lorsque ses règles ont de

la peine à arriver, il existe, nous a dit M. Amussat, un vagin de la longueur d'un pouce à peu près, puis un trajet fistuleux dans lequel on peut introduire avec peine une bougie de petit calibre. Ce trajet conduit dans la matrice, car en touchant par le rectum, lorsqu'une bougie a pénetré à une assez grande profondeur, on reconnaît très-bien cet organe. Le même chirurgien donne maintenant des soins à une jeune dame qui n'a jamais eu ses règles et dont le vagin a un pouce et demi de longueur seulement. *Il n'y a pas de matrice.* Ce qu'il y a de plus remarquable, c'est que la jeune sœur de cette dame présente exactement le même vice de conformation. A la rigueur on pourrait désirer l'absence de l'utérus quand le vagin manque; car alors on n'aurait pas à craindre cette accumulation des règles qui, à une certaine période de la vie, constitue un accident et nécessite une opération grave. Mais d'un autre côté, quand avec l'absence du vagin la matrice n'existe pas, l'anomalie est plus prononcée, et on en observe d'autres dans le bassin.

Voici un cas remarquable d'*absence du vagin, de l'utérus et des trompes de Fallope, compliquée de maladie de l'ovaire gauche et d'un vice de position des reins.* Sarah Richardson, âgée de soixante-douze ans, mourut d'une maladie chronique des poumons et du cerveau. L'autopsie, faite 24 heures après la mort, fit découvrir les anomalies suivantes dans les organes génito-urinaires : les capsules surrénales sont dans leur position naturelle de chaque côté de la colonne vertébrale, immédiatement au-dessous du diaphragme. Le rein droit, situé dans la fosse iliaque droite, au-dessous du cœcum, est en partie caché par l'ovaire droit qui lui adhère un peu par un repli du péritoine. L'artère rénale est fournie par l'iliaque droite, près de l'aorte. Le rein gauche est dans le petit bassin au-dessous du muscle psoas, reposant sur le sacrum et sur l'origine du muscle pyramidal. Une artère née de l'aorte à sa bifurcation, là où naît la sacrée moyenne, pénètre dans l'extrémité supérieure du rein; une autre branche plus grosse part de l'iliaque interne pour se distribuer à l'organe.

Les reins, les uretères et la vessie sont à l'état normal. L'ovaire droit n'est point altéré : à son extrémité supérieure ou libre est attaché par un col étroit un petit sac ovale. Un ligament rond, uni à l'ovaire, se perd dans le tissu cellulaire derrière le col de la vessie. A la place de l'ovaire gauche est une tumeur fibreuse de forme irrégulièrement arrondie, unie par un ligament rond plus petit que celui du côté droit et qui se rend de même à la vessie. Les trompes de Fallope manquent : le tissu cellulaire placé au-dessous de la vessie fait faire au péritoine situé derrière elle une légère saillie. Malgré les recherches les plus exactes et les plus minutieuses, on ne peut découvrir aucune trace d'utérus. Les parties externes de la génération n'offrent rien d'anormal; le mont de Vénus est à peine couvert de poils; un cul-de-sac d'environ un demi-pouce de profondeur, situé au-dessous de l'orifice de l'urètre, constitue tout ce qui existe du vagin. Les mamelles étaient assez développées.

Quant à l'histoire de la femme chez laquelle on trouva ces anomalies, on ne put obtenir que ce seul renseignement, qu'elle avait été mariée, et qu'elle ne vivait pas en bonne intelligence avec son mari. (*London medic. ch. Transactions*, et *Gaz. des Hôpitaux*, 2 août 1842, supplément.)

C. *Communication du vagin avec les organes environnants.* Ces communications s'opèrent par des défauts des parois du vagin. Sur certains points de ce canal, la réunion des pièces qui le composent ne s'est pas opérée, et alors existent des rapports anormaux du vagin avec l'urètre, la vessie ou le rectum. Ces communications anormales mêlent des humeurs qui doivent être séparées et constituent dans le plus grand nombre des cas des fistules incurables. Voici deux vices de conformation du vagin très-remarquables; ils constituent en même temps une fistule urétro et vésico-vaginale.

« J'ai vu une fille à l'âge de quatre ans qui était venue au monde, n'ayant ni urètre, ni nymphes, ni clitoris; elle avait un vagin assez large. Mais n'ayant point d'urètre ou du moins la partie de ce canal où se trouve le sphincter, man-

quant, elle rendait involontairement ses urines. J'en ai vu une autre qui avait tout l'extérieur de la vulve, le clitoris, les nymphes et les grandes lèvres bien conformés, mais à qui il manquait tout l'urètre et le col de la vessie ; elle rendait ses urines à l'entrée du vagin, par un trou assez large pour y mettre le petit doigt. » (J.-L. Petit, *Trait. des malad. chir.*; tome III, page 122.)

Maut, de Dijon, cite un exemple de communication anormale de la vessie avec le rectum. (*Mémoires de l'Académie de Dijon.*)

L'ouverture du vagin dans le rectum, dit Boyer, n'a été observée qu'un petit nombre de fois. On en trouve un exemple dans le *Journal des Savants*, pour l'année 1777 ; un autre dans les *Mémoires de Berlin*, pour l'année 1774. Louis en a rapporté un troisième dans une thèse soutenue sous sa présidence aux Écoles de chirurgie. Nous le transcrirons tout entier : « Alia imperforationis apparentis species hic manet recensenda de quâ non ita pridem Parisiis vidimus exemplum notatu dignum, vernacule in Academiarum commentariis non tradendum, ob verecundiam de re pudendâ servandam. Adolescentula in quâ nullum vulvæ et vaginæ vestigium, per anum purgationes menstruas patiebatur : eam vir quidem adamavit, et huic quâ datâ viâ se commisit, non tangenda transiliens vada, quod alibi nefanda fuisset fœditas in hoc casu fuit secundùm naturæ intentum. Gravida enim facta fœtum tempore opportuno enixa est, lacerato ani sphinctore. An uxore sic dispositâ uti fas sit judicent theologi morales! »

D. *Double vagin.* La cloison, au lieu d'être transversale, diaphragmatique, peut être longitudinale, c'est-à-dire, dans le sens de l'axe du vagin, et diviser celui-ci en deux, former deux conduits. C'est ce qui a fait admettre par plusieurs, en particulier par Vallesnesius, un double vagin. (*Comment. Lips.*, tome XXI, p. 240.) Si cette cloison longitudinale se prolonge en bas, tout à fait vers la vulve, le vagin a deux orifices ; c'est alors surtout qu'il paraît double. Si la cloison se prolonge en haut, si elle est représentée dans le col et dans le corps de la matrice, l'anomalie est complète. Meckel dit qu'il peut exister deux hymens. (*Manuel d'anatomie*, t. III, p. 688.) M. Amussat a observé plusieurs cas de vagin double. Il en conserve un très-beau qui lui a été donné par M. le docteur Koutsosky.

Le fait le plus remarquable et le mieux rapporté que nous connaissions, est celui que Dance a communiqué aux *Archives de Médecine* (1829). C'est une bonne fortune qu'une observation rédigée par Dance : « Une membrane continue divisait le vagin dans toute sa longueur, à partir du méat urinaire et de la commissure postérieure de la vulve jusqu'au milieu du col utérin. Cette cloison avait environ une demi-ligne d'épaisseur ; elle était ferme, résistante, tapissée de chaque côté par la membrane muqueuse vaginale qui se continuait de part et d'autre sans interruption. Le col de la matrice ne formait point de saillie apparente dans la cavité de ce double vagin ; son extrémité inférieure était plutôt aplatie qu'arrondie ; à droite et à gauche de cette surface, on voyait deux simples trous de forme ronde de la grandeur d'un petit tuyau de plume, n'étant point couronnés par deux lèvres, ne présentant point l'apparence de fente transversale comme dans l'état naturel. Ces trous aboutissaient isolément dans une loge correspondante de la matrice dont la cavité était ainsi séparée en deux par un *septum* médian. Vers les angles supérieurs de cet organe existaient deux prolongements latéraux d'un pouce et demi à deux pouces de longueur, ayant le volume du doigt, une texture identique à celle des parois utérines dont ils étaient une continuation, une forme arrondie et conoïde se terminant enfin par leur sommet en donnant naissance aux deux trompes. La longueur de ces derniers canaux était, à partir de ce point jusqu'à leurs pavillons, aussi grande que dans l'état naturel. Le corps de la matrice avait un très-petit volume ; sa hauteur, jointe à celle du col, était seulement de deux pouces ; sa texture ne différait point de celle d'une matrice ordinaire, elle ne paraissait point avoir été en aucun temps le siége de la fécondation. Les ovaires étaient petits et comme ratatinés, l'urètre et le clitoris bien conformés. » (*Arch.*

gén. de Méd., tome xx, pag. 538.) Cette description a été faite en présence du cadavre d'une femme qui mourut à l'Hôtel-Dieu de Paris. Nous avons transcrit ce qui avait trait à la matrice pour ne pas couper un fait aussi intéressant. Cette observation nous servira donc en partie, quand il sera question des vices de conformation de la matrice.

Causes. Rien de plus obscur que les causes de toutes les difformités. Nous n'irons donc pas entrer dans les profondeurs des questions d'embryogénie soulevées par les vices de conformation dont il s'agit, car nous n'avons pas le pouvoir de les éclaircir, et nous ne voyons pas encore quels services directs elles pourraient rendre à la pratique. Contentons-nous donc d'exposer d'abord les effets des vices de conformation du vagin, pour indiquer en dernier lieu les moyens de les corriger ou de traiter les accidents auxquels ils peuvent donner naissance.

Effets des vices de conformation du vagin. Ils sont presque tous relatifs aux actes de la reproduction. Les effets des anomalies du vagin par lesquelles ce conduit communique avec le rectum, l'urètre ou la vessie, sont analogues à ceux produits par les diverses fistules vaginales dont il sera longuement question plus tard. D'ailleurs ici ce ne sont pas des accidents qui se produisent, ce sont en général des infirmités qu'on a à traiter, mais la plupart sont incurables.

Il n'en est pas de même des rétrécissements, des oblitérations du vagin qui portent atteinte à tous les actes qui préparent, qui complètent la reproduction. Nous l'avons déjà dit, les effets des vices de conformation ne se manifestent qu'à une époque déjà un peu avancée de la vie.

Ainsi beaucoup de jeunes filles sont mortes sans qu'on se soit douté de l'existence de la difformité qu'elles portaient. Il n'en est pas ainsi des vices de conformation du rectum dont les effets sont bientôt produits après la naissance. Ces circonstances font, ainsi que nous l'avons dit, que l'on considère les vices de conformation du vagin comme beaucoup moins fréquents qu'ils ne le sont en réalité, surtout si on les compare aux mêmes anomalies du rectum.

Les effets des vices de conformation du vagin dont il est surtout question maintenant se rapportent au coït, à la conception, à la grossesse, à l'accouchement.

1° On conçoit qu'un vagin non suffisamment développé peut nuire au coït et le rend douloureux pour les conjoints. Dans le cas de rétrécissement très-prononcé du vagin, on peut observer chez la femme des spasmes, des attaques d'hystérie qui constituent de vrais accidents. Quand la cloison anormale du vagin est un peu élevée, le coït, quoique incomplet, peut être très-voluptueux comme le prouve un fait observé à la consultation de M. Vidal. A un pouce et demi de la vulve, le vagin présentait un cul-de-sac absolument comme un doigt de gant; il n'y avait nulle apparence du col de l'utérus. La femme et la personne qui vivait avec elle avouèrent que le coït était très-voluptueux.

2° Un coït incomplet peut être suivi de conception. Ainsi Planque (*Bibliot. rais. de méd.*, tome VI) parle d'un vagin presque entièrement oblitéré chez une femme qui put cependant être fécondée. Nous avons déjà parlé de la fécondation par l'anus dans un cas de communication du rectum avec le vagin, mais avec oblitération de l'orifice vulvaire.

3° Le même vagin qui, avec une étroitesse extrême, a pu permettre la fécondation, ne sera probablement pas suffisant pour l'accouchement. Cette circonstance rend cet acte difficile, laborieux, et peut-être impossible sans une opération; nous avons déjà rapporté deux cas où des cloisons du vagin ont rendu l'accouchement laborieux.

4° Mais ce sont surtout les phénomènes et les accidents relatifs à la menstruation qui ont fixé l'attention des praticiens. Quand le vagin n'est que rétréci, quand il n'est oblitéré qu'en partie par une cloison, les règles coulent plus ou moins facilement. Mais quand l'oblitération est complète, le sang menstruel s'accumule au-dessus du point oblitéré, il remplit la partie supérieure du vagin, la distend; le même effet a lieu dans la matrice; de là des phénomènes, des accidents particuliers.

A l'âge de 13 ou 14 ans, c'est-à-dire à l'époque de l'apparition des menstrues,

surviennent des douleurs abdominales, des douleurs de reins, enfin des coliques de règles comme le disent les femmes. Mais rien n'apparaît, aucun écoulement de sang ne justifie l'idée qu'on s'est faite de ces coliques. Tous les mois ou plus souvent, les mêmes coliques se répètent, mais toujours plus vives, toujours plus accablantes. Un autre phénomène apparaît ensuite, c'est le développement de l'abdomen, c'est-à-dire une tumeur à la région hypogastrique. C'est ordinairement quand cette tumeur simule une grossesse de cinq ou six mois qu'on la découvre.

Alors les soupçons les plus injustes pèsent quelquefois sur la fille la plus chaste. « En 1810 nous avons vu à l'Hôtel-Dieu une jeune fille des environs de Paris de dix-huit ans, qui par suite de cet état morbide avait été en quelque sorte chassée de la maison paternelle, parce qu'on la croyait grosse, quoiqu'elle n'eût pas en elle les conditions pour le devenir. Pelletan alors chirurgien en chef de l'hôpital, l'examina et reconnut une imperforation de l'hymen. » (Moreau, *Traité pratique des accouchements*, tome I, pag. 173.) Mais si on l'observe bien, on voit qu'avec le développement de l'abdomen existe un état général maladif, une teinte pâle de la peau que n'a pas la femme enceinte qui se porte bien.

Si on procède à l'examen des parties génitales, on constate l'oblitération du vagin. Quelquefois, en écartant les deux côtés de la vulve, on aperçoit une tumeur noirâtre, fluctuante. Mauriceau a vu cette tumeur grosse comme le poing, qui sortait « hors de l'endroit où devait être la vulve, laquelle tumeur grossissait de temps en temps, lorsque la nature faisait ses efforts pour se décharger du sang menstruel. » (*Traité des maladies des femmes grosses*, tome I, page 60.)

La palpation hypogastrique, le toucher par le rectum constatent un développement de la matrice, et quelquefois une fluctuation en rapport avec celle qu'on a perçue en explorant la tumeur qu'on a trouvée là où devrait être l'ouverture du vagin.

Les douleurs que nous avons dit être semblables à celles des règles, prennent quelquefois tout à coup une grande intensité, un caractère particulier. L'abdomen qui, quoique douloureux, pouvait encore supporter une certaine pression, ne peut plus être touché sans une exaspération extraordinaire des souffrances. L'abdomen, au lieu d'être développé seulement à la région hypogastrique, se développe sur tous les points. Enfin une péritonite se déclare. Elle est due à une solution de continuité de la matrice, qui a versé dans la cavité péritonéale le sang qu'elle contenait. Quelquefois cette humeur, au lieu de passer dans le péritoine, est versée dans le gros intestin, dans le rectum. C'est ce qui a été observé par M. Amussat. La première terminaison est toujours mortelle; celle-ci ne l'est pas toujours, puisque la malade de M. Amussat existe encore.

Ce qui est plus heureux, c'est quand l'inflammation éliminative, au lieu de s'établir du côté de la matrice, se déclare du côté du vagin et attaque la membrane qui forme la barrière et empêche l'écoulement des règles. Alors le sang sort par sa voie naturelle puisque la nature a elle-même pratiqué l'opération, la désobstruction. Nous avons rapporté un fait très-remarquable de cette heureuse terminaison.

Opérations proposées pour remédier aux vices de conformation du vagin. Il s'agit surtout ici des vices de conformation du vagin qui empêchent l'accomplissement des actes qui ont trait à la reproduction.

Avant de décrire les méthodes, les procédés opératoires, deux questions devraient être résolues. 1° Ces opérations doivent-elles être entreprises par les praticiens? 2° A quelle époque de la vie de la femme faut-il entreprendre ces opérations?

1 Il est des cas où la nécessité de l'opération ne peut faire le moindre doute. C'est quand les règles sont accumulées au point de développer considérablement la matrice, et quand il y a une tumeur fluctuante là où on trouve ordinairement l'entrée du vagin. Il serait alors très-peu rationnel d'attendre une ouverture spontanée; la nature est trop avare de ces prodiges. Nous ne connaissons qu'un cas bien constaté de cette ouverture spontanée. La question est plus difficile à ré-

soudre quand, avec le développement de la matrice, il n'y a pas de tumeur à la vulve, rien qui indique la présence du sang dans le vagin, rien qui puisse même établir l'existence d'un vagin. On peut voir, dans l'observation déjà citée de M. Amussat, que des chirurgiens du plus grand nom furent d'avis, contrairement à l'opinion de M. Amussat, de ne pratiquer aucune opération. Boyer s'y est refusé plusieurs fois. On verra que M. Williaume a été aussi hardi que M. Amussat.

Quand il n'y a pas oblitération complète du vagin, mais seulement rétrécissement, soit par une valvule, soit autrement, pour ces vices de conformation, on peut avec juste raison s'abstenir d'opérer si la femme veut s'abstenir du coït. Mais si le coït a lieu, même avec ce vice de conformation, et qu'il soit fécondant, ce qui n'est pas impossible, comme nous l'avons déjà dit, alors surgit une autre question que nous traiterons bientôt.

2° La nécessité de l'opération étant établie, quand doit-on la pratiquer? Faut-il la faire tout à fait dans la plus tendre enfance, attendre le développement des organes, ou bien se résignera-t-on à attendre le développement des accidents?

M. Velpeau dit que si le chirurgien est consulté de bonne heure, et qu'il juge l'opération nécessaire, il y a de l'avantage à ne pas attendre le temps des règles pour la pratiquer, parce qu'alors les suites en sont plus graves. Boyer est d'une opinion contraire. M. Vidal partage l'opinion de M. Velpeau. « Je pense, dit-il, que, si on a reconnu l'imperforation du vagin, son absence avant l'établissement des menstrues, on devra opérer à cette époque. Il est vrai qu'alors l'opération sera plus difficile; car, s'il reste une portion du vagin, elle ne sera pas dilatée, distendue, et elle ne pourra pas conduire le bistouri comme la tumeur qui survient plus tard. Ces difficultés seraient plus nombreuses si on opérait trop tôt, c'est-à-dire avant l'époque à laquelle les organes génitaux commencent à se développer. On devra donc attendre l'approche des premières règles; mais il ne faut pas temporiser au point de permettre leur accumulation dans la matrice. » (*Pathol. externe*, tome v, page 746.)

Mauriceau ne voulait pas qu'on fît l'opération pendant la tendre enfance, mais il n'attendait pas les règles, on le voit par l'opération que voici :

« Il y a quelques années qu'une honnête femme me fit voir chez elle une sienne petite fille, âgée seulement de quatre ans, qui n'avait l'extérieur de la vulve perforé que d'un simple petit trou, égal à la grosseur du tuyau d'une plume de pigeon ; mais comme l'âge peu avancé de la fille ne rendait pas encore nécessaire l'opération qui convenait à ce vice de conformation, je conseillai à la mère de la différer jusqu'à ce que sa fille eût huit ou dix ans, afin qu'étant dans un âge plus raisonnable, et ayant le corps plus formé, on pût pour lors plus facilement faire l'incision qui serait convenable et la proportionner plus justement aux parties de l'enfant, pour lui faciliter par ce moyen une libre évacuation de ses menstrues, et pour la rendre capable du mariage lorsqu'il en serait temps. » (*Traité des maladies des femmes grosses*, tome I, page 60, 7e édit.)

Quand la femme est devenue enceinte malgré le rétrécissement, la question est complexe, car des faits prouvent que pendant la grossesse ou pendant l'accouchement, des vagins très-étroits se sont parfaitement dilatés, tandis qu'il est des faits qui prouvent que les rétrécissements du vagin, des valvules, ont donné lieu à des accidents, à des accouchements malheureux. Voici deux faits favorables à l'expectation :

« On trouve, dit Boyer, dans les mémoires de l'Académie des sciences (1), une observation de rétrécissement du vagin, qui a disparu sans aucun secours de l'art. Une femme mariée à l'âge de seize ans, avait le vagin si étroit qu'un tuyau de plume d'oie ne pouvait y entrer. Il n'était fermé par aucune membrane. A chaque époque menstruelle, on sentait dans la région de l'utérus une tension douloureuse, due sans doute à la difficulté avec laquelle le sang traversait le vagin, qui, au sentiment du chirurgien qui la traitait, semblait être plus étroit du côté de la matrice que vers la vulve. Indépendamment des souffrances qu'elle éprouvait

(1) Ann. 1711, Hist., p. 37.

pendant l'écoulement des règles, cette femme était tourmentée par un mari jeune et vigoureux qui espérait toujours se faire un passage et qui n'y réussissait pas. Enfin, au bout de onze ans, elle devint grosse sans que le mari cependant fût plus avancé que le premier jour ; son chirurgien était persuadé qu'elle ne pourrait pas accoucher par les voies naturelles. Néanmoins vers le cinquième mois, le vagin commença à se dilater et continua toujours depuis; de sorte qu'il prit à la fin une largeur ordinaire et que la femme accoucha fort heureusement. Le même recueil contient une observation qui offre avec celle-là une analogie remarquable (1). Une dame de Brest avait le vagin si étroit qu'à peine pouvait-il admettre un tuyau de plume, toutefois elle devint enceinte et accoucha, après trois heures de douleur, d'un enfant gros et fort. La seule différence qui se trouve entre les deux faits, c'est que dans le premier le vagin commença à se dilater vers le cinquième mois, au lieu que dans le second la dilatation ne s'est faite qu'au moment des plus fortes douleurs, et qu'il a même fallu dilater les parties avec les doigts. Dans les deux cas les seuls efforts de la nature ont suffi pour dilater le vagin et faciliter l'accouchement; mais il y aurait de l'imprudence en pareil cas à abandonner la femme aux seuls secours de la nature; aussi toutes les fois qu'une femme, dont le vagin est rétréci au point de ne pas permettre l'introduction du pénis, devient enceinte, on doit de bonne heure chercher à dilater ce conduit par les moyens convenables, et ces moyens n'auraient pas dû être négligés dans les deux cas précités. » (Boyer, *Mal. chir.* tome x, p. 340.) Mais si, au lieu d'une dilatation douce, graduée, très-ménagée, on opérait une espèce de dilatation forcée, on pourrait produire l'avortement; ce qui le prouve, ce sont les accidents de cette nature, causés par l'application inopportune du spéculum chez des femmes grosses.

Procédés opératoires. Quand l'oblitération ne porte que sur le commencement du vagin, sur le point le plus voisin de la vulve; quand ce n'est qu'une cloison peu épaisse qui divise le canal en deux parties plus ou moins égales, on voit ou on sent parfois une saillie fluctuante qui indique qu'un liquide est accumulé au-dessus; alors une ponction avec le trocart ou avec le bistouri, suffit pour donner issue au sang accumulé dans la partie supérieure du vagin ou dans la matrice, et on voit sortir ordinairement ce sang, ayant la consistance et la couleur du chocolat à l'eau.

Celse dit de faire, sur la membrane qui oblitère le vagin, deux incisions en forme d'X avec l'attention de respecter l'urètre; puis on détacherait la membrane de toute sa circonférence. (Dujardin, *Hist. de la chir.*, page 496.) « Si l'oblitération du vagin est très-étendue, si surtout il y a absence de ce canal, l'opération n'est plus aussi facile; car il ne s'agit pas de déboucher un canal, mais bien de le creuser, et de le creuser, entre deux organes très-voisins et dont la lésion est grave. Ainsi, on a vû, dans ce cas, une blessure de la vessie être cause de la mort. (Dehaen.) Ces lésions peuvent donner lieu aussi à des fistules difficiles à guérir; on devra donc prendre des précautions particulières, et avoir une connaissance très-exacte de la région qui sera le théâtre de l'opération.

» Il faut introduire d'abord une sonde dans la vessie, ensuite le doigt index de la main gauche dans le rectum. Ce doigt va à la recherche de la sonde, qu'on reconnaît à travers les tissus qui remplissent le vagin; par cette manœuvre, on peut juger jusqu'à un certain point de l'épaisseur des tissus; on peut savoir si le vagin existe ou non, dans une certaine étendue, si ce canal existe, en partie, vers la partie supérieure, il sera dilaté sur ce point par le sang, il y aura plus de distance entre la sonde et le doigt. Une fois la vessie vidée, l'opérateur confie la sonde à un aide; il laisse l'index dans le rectum parce qu'il pourra lui servir de guide, il pratiquera une incision dans la direction des lèvres génitales, incision qui partira à une petite distance au-dessous du méat urinaire, laquelle sera indiquée par la sonde introduite dans l'urètre.

» Après cette première incision, on fait marcher le bistouri dans la direction

1 Année 1748, Hist., p. 58.

du vagin, selon l'axe du petit bassin, et on va à la recherche du col de l'utérus. Cette dissection doit être faite avec ménagement, avec lenteur; souvent le chirurgien devra quitter le bistouri pour explorer avec l'index droit le chemin pour reconnaître les positions respectives de la sonde qui est dans la vessie, et de l'index gauche qui est dans le rectum. S'il y a possibilité, il vaut mieux que le doigt trace le canal en déchirant, en écartant le tissu cellulaire, que si le bistouri continue à le diviser; car, malgré les précautions indiquées par les auteurs, il peut encore errer et blesser les organes voisins. Quand l'index gauche a reconnu une tumeur plus ou moins fluctuante, on doit l'ouvrir. Selon moi, le temps de l'opération devrait être modifié : au lieu de faire d'abord une ouverture large qui donne, tout d'un coup, une issue facile au sang depuis longtemps accumulé, je préférerais qu'on fît d'abord une très-petite ponction pour laisser sortir le liquide peu à peu. On ferait mieux encore de se servir de ces trocarts à robinet ou à soupape qu'on a imaginés dans ces derniers temps, pour vider les empyèmes, sans permettre la pénétration de l'air dans les cavités pleurales.

» Une fois toute l'humeur évacuée, on ferait usage des corps dilatants, pour agrandir le canal qu'on vient de creuser et lui permettre de compléter ses parois.» (*Patho. ext.*, Vidal tome v, pag. 745.)

Nous allons transcrire les détails des deux opérations les plus difficiles qui sont à notre connaissance; ces détails compléteront la description générale que nous avons esquissée.

Opération de M. Williaume, pratiquée en 1823. « Après avoir vidé la vessie et donné la sonde à tenir à un aide, un autre aide place son doigt huilé dans le rectum. Écartant les grandes lèvres de la main gauche, et tendant moi-même cet espace, je fais à sa partie moyenne, au bas de la vulve que j'ai mise à découvert par une incision verticale de la membrane hymen, et de la pointe du bistouri, une incision transversale par rapport à l'axe du corps, et de huit à dix lignes d'étendue; j'en augmente à petits coups la profondeur, j'avance avec précaution, et l'attention m'éloigne également des deux conduits, entre lesquels je fais un chemin, en ayant soin d'explorer de temps en temps avec le bout du doigt indicateur de la main gauche. J'arrive enfin dans un espace libre; je retire le doigt, et m'attends à voir le sang retenu s'écouler : rien ne s'écoule. J'introduis de nouveau l'index de la main gauche dans la plaie, et de son extrémité je touche très-distinctement une surface étendue, lisse, rénitente, convexe comme une portion de sphère, que je reconnais pour le côté droit du corps de l'utérus dont le col échappe à mes recherches. Je portai de nouveau, jusque sur le centre de la surface saillante et convexe que j'avais reconnue, l'indicateur de la main gauche, je glissai sur lui et à plat un pharyngotome avec lequel je fis dans ce point une large ponction avec une plaie transversale pénétrant dans la cavité de l'organe. Un sang épais, gluant, sans odeur, assez semblable à de la lie de vin, s'écoula aussitôt par la plaie extérieure en assez petite quantité d'abord. Dans l'après-midi, après deux bains, on introduisit un long bourdonnet de charpie liée dans la plaie, non sans causer beaucoup de douleur; mais il était essentiel d'en prévenir la réunion (Vingt sangsues sur l'épigastre, cataplasmes émollients, lavement, diète, quelques gorgées d'une boisson rafraîchissante).

» Divers accidents occasionnés par l'opération et par des vers lombrics ont été combattus efficacement, et, au bout d'un mois, la malade était guérie. Il y a aujourd'hui deux ans et demi (1825) que cette opération lui a été pratiquée. Elle continue à se bien porter, quoique sujette à une leucorrhée incommode et fatigante. Le canal s'est un peu rétréci, et l'on ne peut vaincre sa répugnance à introduire de temps en temps une canule ou tout autre corps dilatant pour empêcher la coarctation progressive qui est à redouter. » (Observation communiquée à l'Académie de médecine par M. Williaume de Metz, et trouvée par M. Amussat dans les cartons de cette société.)

Opération pratiquée par M. Amussat sur la jeune Allemande dont il a déjà été question. Cette description, quoique lon-

gue, est remarquable sous plusieurs rapports. On verra ici une nouvelle application de la méthode *en plusieurs temps.* « Immédiatement après l'exploration, je cherchai à exécuter ce que j'avais proposé, dit M. Amussat. D'abord je plaçai l'extrémité du manche d'une grosse sonde droite au-dessous de l'urètre, là où l'ouverture du vagin aurait dû se trouver, j'appuyai un peu fortement dans la direction de la soudure comme pour faire un trou, je fis de même avec le petit doigt, après avoir mis un autre doigt dans le rectum, pour me guider; je poussai un peu fort le petit doigt que j'avais posé sur la fossette de la vulve; cette manœuvre fut douloureuse, mais elle eut plus de succès que je n'en attendais, l'impression de mon doigt resta ; je recommençai la même manœuvre, cette fois je pinçai le périnée avec un doigt dans l'anus et le pouce dans la vulve, et je tirai cette partie en arrière pendant que j'enfonçais mon petit doigt, et en tirant en haut ou en élevant l'urètre, de sorte que je faisais deux tractions en sens opposé dans le but de désunir les parties soudées, je crus sentir que les tissus cédaient ou s'abaissaient à mes tractions; il resta un trou sans déchirure ni effusion de sang. Pour conserver cette dilatation, je plaçai dans ce petit enfoncement en forme de gant, une éponge préparée, qui fut maintenue et renouvelée avec soin chaque fois qu'elle était ramollie et dérangée; la jeune malade nous secondait de tout son pouvoir, car la pression de l'éponge était très-douloureuse au commencement, parce qu'elle était desséchée et fort dure. Encouragée par ce premier essai qui nous donnait déjà un peu de confiance, mademoiselle S. était bien décidée le 2 mars à nous laisser continuer et même à ne pas crier; mais la douleur lui faisait oublier sa résolution. Profitant de cet enfoncement conservé et dilaté par l'éponge, j'y introduisis deux doigts pour le distendre davantage et désunir l'urètre d'avec le rectum.

» Le 3 mars on renouvela la même manœuvre que les jours précédents ; de plus, après avoir placé les deux doigts indicateurs de telle sorte que les ongles se touchaient et les doigts formaient un angle aigu, pendant que la malade faisait avec courage des efforts d'expulsion, je poussai mes deux doigts en haut en même temps que je cherchai à agrandir l'angle en repoussant le rectum en bas et l'urètre en haut. Cette nouvelle manœuvre était fort douloureuse mais très-efficace ; l'éponge préparée fut employée à maintenir ce qui avait été obtenu. Le 4 mars la même manœuvre que le jour précédent fut employée avec beaucoup de succès, c'est-à-dire que je parvins à désunir une grande étendue de la soudure, en ayant soin de me guider par une sonde dans l'urètre et un doigt; quoique j'eusse déchiré un pouce de l'adhérence il s'écoula fort peu de sang, la déchirure fut encore maintenue avec de l'éponge préparée; le 5, j'employai encore le même moyen, et j'arrivai promptement au but, c'est-à-dire à la tumeur, ou plutôt très-probablement à l'utérus distendu par l'accumulation des règles. Il devenait inutile alors d'aller au delà, je sentis distinctement qu'on risquait d'aller trop loin en arrière et en avant de la tumeur; le lendemain la jeune demoiselle voulut se reposer et sortir; c'était le jour du mardi gras, elle fit une promenade en voiture.

» Le 7 mars au matin, la jeune malade était moins résolue que de coutume. Elle avait passé une mauvaise nuit, suite d'une digestion pénible de fruits qu'elle avait mangés la veille. Comme les jours précédents, pour faire pénétrer une sonde dans la vessie, il fallut en diriger le bec vers l'ombilic. Le doigt indicateur introduit dans le rectum, put reconnaître encore une tumeur volumineuse, arrondie, fluctuante, remplissant la cavité du bassin; le diamètre du conduit artificiel semble s'être rétréci, l'introduction du doigt dans ce conduit est plus douloureuse qu'à l'ordinaire, il est serré, ce changement provient de ce que la veille on n'a pas dilaté avec de l'éponge préparée; le doigt qui pénétrait, le 5, jusqu'à la profondeur de deux pouces et demi et plus dans le conduit artificiel, n'entre plus que jusqu'à deux pouces, il est vrai que le toucher eut lieu debout; et dans ce cas, était-ce le vagin artificiel qui s'était raccourci ou la tumeur qui s'était avancée? Quoi qu'il en fût, à cette profondeur on distinguait une tumeur dure, arrondie comme le col

de l'utérus; mais il n'existait pas d'ouverture au centre; un examen avec un petit spéculum ne fournit aucune donnée nouvelle; la longueur des éponges est diminuée; bain entier, potion diacodée, nourriture légère; le 8 mars, la nuit a été fort agitée, la malade est mal disposée, l'éponge a occasionné beaucoup de douleur, et a déterminé des spasmes, le doigt indicateur est de nouveau introduit pour explorer le conduit artificiel qui paraît plus court encore que la veille; la tumeur est évidemment rapprochée de la vulve, et dans les mouvements d'expulsion faits par la malade, elle semble descendre davantage et repousser le doigt. Dans ces mêmes moments d'expulsion, la tumeur touchée par le rectum se rapproche de l'anus, et ses parois très-distendues paraissent extrêmement minces; le 9 mars, la malade a passé une assez bonne nuit. Après m'être assuré par l'introduction du doigt dans le conduit artificiel, que la tumeur était à peine à deux pouces de la vulve et après avoir, par le cathétérisme, acquis la conviction qu'elle était indépendante de la vessie, assisté seulement du docteur Petit, mon beau-frère, je me décidai à faire l'opération définitive, que je pratiquai à onze heures et demie du matin, de la manière suivante : la malade étant assise sur le bord de son lit, les jambes fléchies et soutenues sur deux chaises, je fis écarter autant que possible les grandes lèvres, j'introduisis alors jusqu'à la tumeur, par le conduit artificiel, l'indicateur de la main gauche, qui me servit à guider un petit stylet trois-quarts que je fis pénétrer de plus de six lignes dans cette tumeur, dont les parois me semblèrent formées en cet endroit par des tissus fort durs et de plusieurs lignes d'épaisseur; je parvins néanmoins dans la cavité de la poche, puisque après avoir retiré l'instrument, il sortit quelques petits filets d'un sang noir épais. Comme j'avais inutilement essayé d'enfoncer la canule du stylet trois-quarts dans la tumeur, et que d'ailleurs, cette canule étant fort étroite, n'aurait pu donner issue qu'à une très-petite quantité de sang, j'eus recours au bistouri. Après avoir de nouveau constaté la position de la vessie et du rectum, je pris un bistouri droit à lame étroite, garni de linge dans 5/6 de son étendue, ayant la pointe entourée par une boulette de cire. Je le fis pénétrer à plat, sur le dos de mon doigt indicateur, jusqu'à la tumeur dans laquelle je le plongeai. Les tissus qu'il traversa étaient extrêmement durs, il sortit alors du sang épais, noirâtre, qu'on ne peut mieux comparer qu'à du chocolat à l'eau fort épais. J'espérais pouvoir forcer, à l'aide de l'ongle, l'ouverture pratiquée avec le bistouri; mais la dureté des tissus s'y opposant, je repris mon bistouri et j'agrandis transversalement l'ouverture. Au même instant il sortit un flot de sang gluant. Je pus alors introduire le doigt indicateur, et je reconnus une large poche à parois dures et lisses, analogue à celle que l'on touche à l'intérieur de la matrice après l'accouchement; mais la douleur fut si vive et si insupportable que la malade eut un accès de désespoir. Le doigt ayant été promptement retiré, je débridai à droite et à gauche avec mon bistouri boutonné, et il sortit de dix à douze onces de sang noirâtre, gluant, dont nous avons déjà parlé; la tumeur du ventre parut alors diminuer sensiblement. Je voulus ensuite explorer de nouveau la cavité de cette tumeur, pour m'assurer si j'étais dans l'utérus ou dans la partie supérieure du vagin; mais les douleurs que cette exploration faisait éprouver à la malade m'obligèrent à cesser avant d'avoir acquis cette certitude. Après avoir retiré mon doigt, je plaçai dans l'incision, c'est-à-dire jusque dans l'utérus, une grosse canule en gomme élastique entourée de linge et bouchée à son extrémité antérieure. Cette canule fut fixée par des cordons attachés à un bandage de corps. » (Obs. lue à l'Institut de France le 2 novembre 1835.)

Après bien des craintes d'une péritonite mortelle, après bien des angoisses, cette jeune malade fut guérie. Ici, ce ne fut pas seulement une ponction, une ouverture du vagin, il y eut effectivement création d'un vagin, mais il était réellement si étroit, si peu parfait, qu'on n'osa pas conseiller le mariage à cette jeune Allemande. Elle obtint seulement l'écoulement facile des règles qui, avant, étaient, comme on le pense bien, complé-

tement retenues dans la matrice. Au moment de livrer cet article à l'impression, M. Amussat nous apprend que son opérée s'est mariée deux ans environ après l'opération et que sa santé est assez satisfaisante. Elle n'a pas eu d'enfants.

Fabrice de Hilden a pratiqué l'ouverture du vagin avec succès dans un cas de rétention des règles chez une fille de treize ans. Nous avons déjà parlé d'un cas d'oblitération cité par Mauriceau. Il y avait à la vulve une tumeur plus grosse que le poing, qu'on prenait pour une descente de matrice. Mauriceau fit une simple incision longitudinale sur cette tumeur; il en sortit près de trois livres de sang *grossier*, *noirâtre et verdâtre*. En dix jours la jeune fille fut guérie (Mauriceau, *loc. cit.*). Mais il n'en est pas toujours ainsi. M. Velpeau dit, dans sa *Médecine opératoire :* « Si presque toutes ces opérations, comme celles de MM. Rossi[1], Toulmouche, et celles dont M. Roux a été témoin en Allemagne, ont eu un plein succès, il ne faut pas oublier cependant que, dans un cas rapporté par Morgagni, la femme succomba au bout de quelques jours, et qu'à l'ouverture du corps, on trouva la poche urinaire largement ouverte, en même temps qu'une des trompes, dilatée par le sang, s'était déchirée dans l'abdomen; ni que Dupuytren l'a souvent vue faire naître des accidents extrêmement redoutables. Un abcès de la fosse iliaque, qui finit par s'ouvrir dans l'intestin, en fut la suite chez la malade de M. Morisson[2]; celle de M. Langenbeck[3] mourut d'une entérite. M. Marc-Farlane[4] qui, ainsi que je l'ai dit, opéra dans un cas où il n'y avait point d'utérus, perdit aussi la sienne. » (Velpeau, *Nouveaux élém. de méd. opératoire*, tome IV, 2e édit., page 356.)

M. Vidal a vu pratiquer trois fois cette opération, et trois fois la mort en a été la conséquence plus ou moins prompte. Les malades ont succombé à une espèce de fièvre qui avait la plus grande analogie avec la fièvre de résorption. Il paraît, qu'après l'évacuation prompte de l'humeur qui était depuis longtemps accumulée dans la matrice, cet organe ne revient pas assez promptement sur lui-même, l'air pénètre dans sa cavité, de là des accidents qui ont une grande analogie avec ceux qui succèdent à l'inertie de la matrice après l'accouchement, et avec ce qui arrive à la suite de l'ouverture de certains abcès symptomatiques à larges poches.

« Je sais, ajoute M. Vidal, qu'il existe cependant assez de cas de réussite pour qu'on soit autorisé à pratiquer une opération; mais pour mettre en sa faveur plus de chances de succès, on devra la modifier comme je viens de le dire, ou la faire en deux temps. » (*Traité de pathologie externe*, tome V, page 745.)

1 Gaz. méd., 1838, page 682.
2 Bulletin de Férussac, tome XIII, p. 364.
3 Archiv. génér. de médec., 2e série, t. II, p. 102.
4 Journal des progrès, t. IV, p. 116.

ARTICLE II.

Plaies et ruptures du vagin.

1° *Plaies.* Ces solutions de continuité sont rares, surtout celles qui ont lieu pendant l'état de repos de la matrice hors l'accouchement. Cependant il ne faudrait pas les nier ou les passer sous silence. Ainsi on trouve, dans la thèse de M. Rey, l'observation d'une demoiselle qui, en tombant de très-haut, s'est empalée par le vagin; un échalas entra dans ce canal et pénétra dans l'abdomen. Chose remarquable, la malade guérit. En parlant des lésions physiques de la vulve, nous avons fait mention de cette femme qui franchissait une barrière hérissée d'espèces de fuseaux dont un pénétra dans la vulve et donna lieu encore à un empalement. (Chir. de De la Motte.)

Horstens parle d'une plaie du vagin compliquée de celle de la vessie et du rectum, occasionnée encore par un morceau de bois. Diemerbroeck rapporte l'observation d'une déchirure du vagin pendant le coït qui causa une hémorrhagie mortelle. Dugès cite un pareil accident. (*Dict. de méd. et de chir. prat.*) Plazzoni a vu la cloison recto-vaginale se déchirer également durant le même acte. On lit dans l'ancien journal de médecine (tome XII, page 40) une observation qui apprend que le vagin a été arraché avec la matrice renversée. On a vu ce conduit se déchirer au terme de la grossesse. (*An extraordinary case*

of lacerated vagina at the full period of gestation, by W. Goldson. Lond. 1787.)

Ces faits, excepté celui de l'arrachement du vagin avec la matrice en prolapsus, doivent être acceptés avec une grande réserve. Les ruptures par le coït ne peuvent être qu'incomplètes.

On notera ici les plaies du vagin qui sont la suite des opérations pratiqués sur cet organe ou sur ceux qui ont d'intimes connexions avec lui. Ainsi l'opération de la cystotomie vaginale doit nécessairement intéresser le vagin ; on le blesse aussi, mais involontairement, dans l'extirpation du rectum cancéreux, dans l'amputation du col de l'utérus frappé de la même dégénérescence.

Les plaies les plus graves du vagin sont avec pénétration dans l'abdomen, avec lésion du péritoine. Nous venons de dire cependant qu'un morceau de bois a pénétré dans l'abdomen en passant par le vagin sans causer la mort. Mais c'est là une exception qui ne peut modifier en rien le pronostic général de toute lésion du vagin avec lésion du péritoine. Il est arrivé aussi qu'après l'ablation de l'utérus en totalité, la mort n'a pas été immédiate ; ce qui ne peut autoriser cependant un praticien à pratiquer une pareille opération.

Quelquefois la péritonite générale éclate après une lésion du vagin sans solution de continuité du péritoine. Mais alors la plaie a été très-voisine de cette membrane à laquelle l'inflammation traumatique a été ainsi communiquée.

Le traitement des plaies du vagin est éminemment antiphlogistique. La péritonite étant l'accident le plus redoutable, il faut tout faire pour la prévenir. On placera donc la malade dans les conditions hygiéniques et thérapeutiques du sujet qui vient de subir l'opération de la taille ou de la hernie étranglée.

2° *Ruptures.* Les ruptures du vagin, pendant l'accouchement, sont plus fréquentes que les solutions de continuité que nous venons d'examiner. Ici se trouvent deux causes principales de ces lésions : l'une venant de l'organisme qui se livre à des efforts inouïs pour l'expulsion du fœtus ; l'autre, qu'on peut attribuer à la main ou aux instruments des personnes qui veulent, comme elles le disent, aider la matrice. Cependant, quoique moins rares que les plaies dont nous avons déjà parlé, les ruptures du vagin n'ont pas la fréquence qu'on leur attribuerait, si on prenait à la lettre ce qu'avance M. Coffinières. (*Recueil périodique*, tom. IV, pag. 444.) Ce praticien, dans l'espace de douze à quinze ans, aurait observé *quinze cas de rupture du vagin !* Interrogez les praticiens qui sont placés à la tête du service chirurgical de ces grands établissements où afflue un si grand nombre de femmes en couches ; ces praticiens vous répondront qu'ils ont à peine observé un ou deux cas relatifs à cette grave lésion. Lisez les ouvrages des accoucheurs, ceux de De la Motte, de Baudelocque, de MM. Capuron, Gardien, Velpeau, Moreau, etc., et vous verrez s'il y a quelque rapport entre le chiffre donné par M. Coffinières sur la fréquence des ruptures du vagin et le résultat des observations faites par ces auteurs. Le peu de fréquence de ces lésions fait sentir la nécessité de parcourir les fastes de l'histoire qui seuls peuvent fournir des faits suffisants pour une description générale. C'est ici surtout qu'apparaît la vanité des praticiens qui se contentent de l'expérience personnelle pour arriver aux vérités les plus difficiles à acquérir. M. Mondière, qui a concouru pour le prix proposé par la *Société médicale d'émulation*, a parfaitement compris les avantages des études historiques. Aussi son travail, inséré dans la *Revue médicale* (1836-1837), contient presque tous les faits acquis à la science. De leur étude peuvent sortir des données précieuses pour commencer l'histoire des *Ruptures du vagin et de la matrice pendant la grossesse et l'accouchement*. C'était là en effet la question posée par la société savante qui a accordé la moitié du prix à M. Mondière.

Historique. Il serait parfaitement inutile d'aller chercher dans l'antiquité des faits bien authentiques, bien observés de rupture de vagin. Les autopsies ne se faisaient pas avec assez de soin (quand on les faisait), pour qu'on pût distinguer la rupture du vagin des autres lésions. Aujourd'hui même, on trouve souvent dans les observations de ces lésions physiques une négligence, un manque de précision dans l'exposé des détails qui font perdre à la

science beaucoup de faits qui auraient pu être d'une grande valeur. L'observation qu'on trouvera dans les *Medico-Chirurg. Trans.*, tome III, est dans ce cas. Encore ici, comme pour les lésions que nous avons déjà étudiées, c'est aux chirurgiens français qu'il faut recourir pour avoir de véritables et bons renseignements scientifiques. M. Mondière a constaté sur ce point la supériorité de notre littérature médicale, quand il s'est livré aux recherches nécessaires à son grand travail. Sue (*Essais histor., litt. et crit.*, 2 vol.), Portal (*Hist. de l'Anat. et de la Chir.*, 6 vol.), ont bien dit que Benevieni (*De Abditis nonnullis ac mirandis morborum et sanationum causis*) avait rapporté la première observation sur ce sujet. Mais on a nié l'authenticité et même l'existence de cette observation, et il est généralement établi et bien convenu que les deux faits qui commencent d'une manière sérieuse l'histoire des ruptures du vagin appartiennent à des chirurgiens français, Saviard et Pouteau.

Obs. 1re. « Le 21 juillet 1689, une femme fort gaie, qui attendait à l'Hôtel-Dieu le temps de son accouchement dans la salle des accouchées, fut soudainement attaquée de douleurs qui, donnant lieu de croire qu'elle accoucherait bientôt obligèrent la maîtresse sage-femme de la toucher, par où elle connut que son enfant se disposait à sortir. Ces douleurs, qui avaient continué pendant deux jours sans que rien s'avançât, cessèrent tout à coup (j'entends les douleurs pour accoucher, car elle ressentait toujours beaucoup de pesanteur sur l'estomac, et de si grandes douleurs dans le ventre qu'elles l'obligeaient à se coucher le ventre contre terre); son pouls se perdait, et revenait de temps en temps; en sorte que ce manége ayant duré pendant deux jours et deux nuits, cette malade mourut.

» Pendant que son travail avait ainsi continué, le placenta s'était détaché et était sorti hors de la matrice, après quoi l'on avait cessé de sentir l'enfant au toucher; et ce qui surprenait davantage les gens connaissants, tant chirurgiens que sages-femmes, était qu'au lieu que le cordon donnât quelque facilité à trouver l'enfant en le suivant, cela ne servait qu'à faire juger que l'enfant, au lieu d'être resté dans la matrice, s'était retiré dans le ventre.

» Ces singularités me firent naître le désir d'ouvrir le cadavre de cette femme, incontinent après sa mort, et je n'eus pas plutôt ouvert les téguments du ventre que j'aperçus l'enfant mort hors de la matrice, ayant les pieds sur l'estomac de la mère, et les mains et le visage appuyés sur la matrice, comme s'il eût dormi couché sur le ventre.

» Les intestins de cette femme étaient tout rouges, et les graisses de l'épiploon toutes pourries et très-puantes. La matrice n'était point altérée, mais remplie d'une quantité de sang très-considérable, qui s'y était épanché. L'ouverture par où l'enfant était entré dans la cavité du ventre se trouva dans le vagin, un travers de doigt au-dessous de l'orifice interne de la matrice. » (Saviard, *Recueil d'observations chirurgicales*, Paris, 1784, in-12, page 109.)

Obs. 2e. « Au mois de janvier de l'année 1758, je fus appelé, avec M. Vittet aîné, chirurgien consommé dans la pratique des accouchements, pour voir Madame . . . qui était en travail d'enfant depuis plus de quarante-huit heures, et livrée à une sage-femme. Nous la trouvâmes sur un fauteuil, ne pouvant se tenir couchée ; elle ressentait peu de douleurs, mais elle se plaignait d'une inquiétude et d'une espèce de souffrance indéfinissable ; d'ailleurs, un pouls petit et fréquent, des yeux éteints, un teint hâve, une respiration pénible, tout annonçait une femme dans le plus grand danger. Je tentai de reconnaître ce qui se passait dans les organes de la génération, mais mes recherches étant inutiles, nous fîmes mettre la malade dans son lit, malgré la répugnance qu'elle nous témoigna ; cette position ne nous conduisit à rien de plus heureux ; M. Vittet et moi, nous ne distiguâmes rien qui pût nous éclairer. Nous entrions de plein abord la main dans un espace qui nous paraissait assez grand ; nous sentions snr le devant un corps rond de la grosseur de la tête d'un enfant, mais qui n'en avait point la solidité, et nous ne discernâmes en aucune manière rien qui pût nous assurer de l'existence d'un enfant,

» La sage-femme néanmoins nous protestait en avoir distingué la tête; mais comme elle ne la sentait plus elle-même depuis la veille, elle disait que le fœtus était remonté dans la matrice ; tels étaient ses termes.

» Nous bornâmes nos travaux à ce léger examen ; nous fîmes administrer cette infortunée, le danger étant trop pressant pour différer ce secours, et nous fixâmes une heure pour revenir.

» La malade étant expirée quelque temps après, on m'appela pour faire l'ouverture du corps, et pour donner, disait-on, le baptême à l'enfant. Quoique je ne pouvais imaginer qu'il y en eût, je me hâtai de me rendre, guidé par le désir de découvrir ce que pouvait cacher un fait qui nous avait paru si singulier.

» Quel ne fut pas mon étonnement, lorsqu'à la première étendue d'incision que j'avais commencée à la région épigastrique, je vis sortir la tête d'un enfant! L'ouverture de l'abdomen achevée par une incision cruciale, je trouvai le sujet entier et mort, placé presqu'en travers, au-dessous de l'estomac, à la partie supérieure de la région ombilicale, les pieds près du rein gauche ; j'enlevai ce fœtus qui était assez gros, je suivis le cordon pour découvrir le placenta et pour juger de sa position ; je le trouvai sous le paquet intestinal, en partie dans le petit bassin, mais totalement hors de la matrice, quoiqu'il n'en fût pas éloigné; je vidai l'abdomen d'une assez grande quantité de sang et d'eau qui était épanchée, et je cherchai à reconnaître l'état de l'utérus, qui faisait l'objet véritable de ma curiosité.

» Ce viscère, dont la position n'était point changée, pouvait être comparé, quant au volume, à la tête d'un enfant de cinq à six ans; je le soulevai, et, passant la main par-dessus jusque dans le petit bassin, j'entrai par une déchirure qui me conduisit dans le vagin ; cette ouverture, qui était frangée, irrégulière, telle que peut être une vraie dilacération, avait environ trois ou quatre pouces de longueur ; elle existait à la partie postérieure et intéressait la matrice et le vagin, mais beaucoup plus cette dernière portion. Je repassai la main de dehors en dedans par le vagin, comme lorsque j'avais touché la femme étant vivante, et je me trouvai tout uniment conduit, par cette ouverture, hors la matrice et dans le bassin, de manière qu'il me fut aisé de comprendre que la grosseur que j'avais sentie était la matrice même qui se trouvait au-devant de ma main, et qu'au dedans nous avions porté sur le placenta, qui s'était trouvé directement en dehors de la matrice. » (Pouteau, *Mélanges de chirurgie*, Lyon, 1760, in-8°, page 485.)

Ces deux observations, qui démontrent anatomiquement la rupture du vagin, qui signalent ses effets les plus fréquents, ont déjà une valeur symptomatologique. Celle de Pouteau établit un fait très-fréquent, c'est la rupture simultanée du vagin et de la partie la plus voisine de la matrice.

Voici d'ailleurs ce qu'on peut dire de plus positif sur l'étiologie, le siége, la symptomatologie, le pronostic et la thérapeutique des ruptures du vagin.

Causes. On aura égard aux particularités offertes par la mère, à celles de l'enfant, et aussi à la conduite, aux manœuvres des personnes qui assistent les femmes en travail.

1° Il est rare de trouver parmi les causes, des vices de conformation du bassin, ce qui cependant aurait pu être établi *à priori*. Les faits confirmatifs de la théorie sont rares. On trouve seulement, dans le mémoire de M. Mondière, l'observation d'une femme qui mourut d'une rupture du vagin pendant le troisième accouchement; elle avait eu deux couches très-laborieuses, à cause d'une mauvaise conformation du bassin. Il fallut, la première fois, employer le forceps, et la seconde nécessita les crochets. Une autre observation, due à Boër, porte que le diamètre sacro-pubien n'avait que deux pouces et neuf dixièmes.

Bonnet rapporte aussi une observation qui prouve que l'étroitesse du bassin fut la cause de la rupture du vagin. (Voyez *Nuovo Giornale della più recente letteratura medico-chirurgica di Europa*, tome v, p. 226.) Il est établi, au contraire, que presque toutes les femmes qui ont péri de la rupture du vagin étaient accouchées plus ou moins heureusement, trois, quatre fois, jusqu'à huit et même

neuf fois. Il semblerait, d'après les observations les mieux faites, que les femmes qui ont fait le plus d'enfants sont le plus exposées à ce grave accident. Les accouchements répétés, en distendant si souvent les fibres du vagin, peuvent les affaiblir, fatiguer leur ressort et permettre plus facilement leur rupture. L'âge peut aider la prédisposition que nous venons de signaler. Ainsi la plus jeune, observée par M. Mondière, avait vingt-cinq ans; les autres comptaient trente et un, trente-six, quarante-six ans. Une femme de ce dernier âge était grosse pour la neuvième fois; ce qui démontre de nouveau la liaison qu'il y a entre l'âge avancé et le nombre des accouchements.

Une autre cause se lie à cette dernière, c'est l'obliquité de l'utérus. Pour que cette déviation ait de l'influence sur la production de la rupture du vagin, il faut qu'elle soit portée très-loin; or, pour cela, de nombreuses grossesses doivent avoir existé. C'est la répétition de cet état qui distend les parois abdominales, au point de produire ce qu'on appelle le *ventre en besace*. Ce ne sont guère que les antéversions qui peuvent prédisposer à la rupture vaginale. Deux cas rapportés dans le mémoire plusieurs fois cité prouvent évidemment que c'est la déviation en avant de la matrice, qu'on appelle l'obliquité antérieure, qui a joué le principal rôle dans la production de l'accident. On peut, en effet, expliquer la rupture du vagin par le tiraillement éprouvé par ce canal, par l'affaiblissement des tissus, par les contractions de la matrice, dont les effets se concentrent sur la partie du vagin qui forme le coude, quand il y a la déviation de la matrice dont nous avons parlé.

Il doit y avoir d'autres causes de rupture du vagin existant du côté de la vulve (son étroitesse), du côté du bassin (sa trop grande ampleur), du côté du vagin même (des tumeurs, des ramollissements, etc.); mais l'observation n'a pas encore confirmé les prévisions de la théorie sur ce point.

2° Les causes qui peuvent être trouvées du côté de l'enfant dépendent d'une mauvaise position, de quelques difformités, de quelques maladies. Ainsi, l'hydrocéphalie a été notée par M. Haime (*Journal universel*).

Les causes sont en général bien exposées, surtout dans le travail de M. Coffinières (*Mémoire sur la rupture du vagin dans les accouchements laborieux*). Nous avons déjà fait pressentir, que sous d'autres rapports, ce travail devait être lu avec une certaine retenue.

3° Au commencement de cet article, nous avons parlé des opérations qui pouvaient donner lieu aux solutions de continuité du vagin. Ici nous devons faire mention des manœuvres, des opérations qui sont destinées à favoriser, à terminer l'accouchement. Quand ces manœuvres sont intempestivement ou inhabilement faites, elles peuvent produire la déchirure, la rupture du vagin.

Les sages-femmes, par ignorance ou par précipitation, ont souvent été la cause d'un pareil malheur. En voici un exemple authentique :

Une femme, âgée de quarante-six ans, mère de huit enfants, enceinte pour la neuvième fois, avait une obliquité antérieure telle, qu'elle était obligée de porter une ceinture pour pouvoir marcher. Le travail se déclare à terme; les douleurs sont vives; elles deviennent de plus en plus fortes pendant six heures; la sage-femme la touche à chaque douleur pour faciliter, disait-elle, la descente de l'enfant. Une contraction extrêmement vive arrive au moment où la sage-femme introduit son doigt dans le vagin et presse l'hypogastre avec l'autre main : la malade jette un cri et se dit blessée par la sage-femme. Au même instant elle sent une boule rouler dans le ventre, et tombe dans un état d'affaissement voisin de la syncope. Le ventre change de forme. On appelle M. Devergie, qui constate la présence de plusieurs anses intestinales libres dans le vagin, sortant à travers une déchirure de la paroi postérieure de ce canal; on sent plus haut les pieds de l'enfant; la main appliquée sur l'abdomen faisait sentir deux tumeurs, l'une à gauche, et l'autre moins élevée, à droite, analogue au globe utérin contracté sur le placenta, anxiété, faiblesse. Dupuytren procéda sur-le-champ à l'extraction de l'enfant, qui fut difficile à cause de la présence des intestins. Péri-

tonite aiguë; mort vingt-huit heures après.

Autopsie. Épanchement sanguinolent dans le ventre. La rupture du vagin formait en arrière, à l'union de ce canal avec la matrice, un demi-cercle de l'étendue de quatre à cinq pouces. (Mondière, *Revue médicale*, 1836, p. 193.)

Citons maintenant un cas de déchirure attribuée à une application mal faite d'une branche du forceps.

« Une femme, âgée de trente-six ans, grande, bien conformée, robuste, fut apportée à l'Hôtel-Dieu ; elle venait d'accoucher, depuis dix-neuf heures, de son huitième enfant; elle fut reçue dans le service de M. Récamier. Ses couches précédentes avaient été heureuses et faciles. Arrivée aux derniers temps de sa dernière grossesse, la matrice offrait une obliquité antérieure très-prononcée, qui rendait la marche difficile et occasionnait même des chutes de temps en temps. Au commencement du travail, l'orifice de l'utérus était tellement élevé dans le bassin que le doigt de la sage-femme ne pouvait l'atteindre que difficilement. Un accoucheur ayant reconnu que la tête se présentait en position vicieuse, introduisit une branche de forceps au côté droit du vagin, et fit des tentatives de redressement; il déchira le vagin; la main put alors être introduite dans la matrice; on fit la version et l'on tira l'enfant par les pieds; la tête cependant était trop volumineuse, et il fallut employer le forceps pour l'en délivrer complétement. L'arrière-faix ne présenta rien de particulier, et il ne s'écoula que peu de sang après sa sortie : l'enfant était mort en naissant. Le travail avait duré six heures.

» La mère est fort agitée. Douleur vive dans la profondeur du bassin ; elle est progressive et s'étend vers les lombes et l'abdomen ; ballonnement abdominal, léger écoulement sanguin par la vulve ; sensibilité exquise par l'introduction du doigt dans le fond du vagin; anxiété, pouls petit, respiration entrecoupée, froid aux extrémités ; mort vingt-deux heures après l'accouchement.

» *Autopsie.* La partie supérieure du vagin, à l'endroit de son union avec l'utérus, offre une déchirure assez large pour se laisser facilement traverser par le poing. Cette déchirure existe principalement à droite et vers la région antérieure ; le décollement et la déchirure du péritoine s'étendent irrégulièrement sur la matrice, jusqu'à l'union de son tiers inférieur avec ses deux tiers supérieurs ; les lèvres de la déchirure baignent dans une petite quantité de sang.

» La matrice, incomplétement revenue sur elle-même, a le volume de la tête d'un homme adulte ; néanmoins sa cavité est vide ; le bassin est bien conformé. Traces de péritonite. » (Mondière, *loc. cit* p. 189.)

La séparation de la matrice avec le vagin arrive aussi lorsqu'on veut tenter de faire rentrer le bras du fœtus dans la matrice et qu'on emploie beaucoup de force pour y réussir. (Deleurye.) Giraud, autrefois suppléant du chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu, disait avoir observé comme cause fréquente de cette déchirure les fortes tractions exercées sur un pied du fœtus lorsqu'il se présentait seul à l'orifice de la matrice. (*Dict. des sciences méd.*, art. VAGIN.)

M. Champion a vu le vagin déchiré par la maladresse d'un accoucheur qui, voulant appliquer le forceps sur la tête de l'enfant placé en travers au-dessus du détroit supérieur, poussa devant lui la partie postérieure du vagin, et enfonça l'instrument dans l'abdomen ; la femme succomba. Les tentatives réitérées pour opérer la version du fœtus, si on n'a pas la précaution de soutenir le corps de l'utérus avec la main qui est libre, doivent également être considérées comme devant favoriser la rupture dont il est question.

« Saucerotte a vu, sur une femme des environs de Lunéville, un déchirement de la paroi antérieure du vagin et de la partie de la vessie qui y correspond. (*Journ. de méd.*, tome LXXXVIII, p. 64.) M. Thirial, médecin à Épinal, a raconté à M. Champion, que deux sages-femmes voulant dilater le vagin pour favoriser l'accouchement d'une femme en travail, déchirèrent ce canal, ainsi que l'urètre et la vessie de telle manière, qu'on pouvait introduire la main entière dans ce dernier viscère. La femme survécut à cet acte d'impéritie; il lui resta une fistule contre laquelle on ne fit rien et qui la rendit très-infirme ; elle est morte six ans

après d'une autre maladie. » (*Dict. des sciences méd.*, tome LVI, page 463.)

Siége. La connaissance du mécanisme de l'accouchement, la structure, les connexions du vagin, pouvaient faire prévoir le siége le plus fréquent des ruptures dont il est question. On voit, en effet, que ce canal supporte des tiraillements extraordinaires vers les parties qui correspondent à la vessie, au col de l'utérus. C'est surtout sur ce point qu'ont lieu le plus souvent les ruptures avec pénétration dans l'abdomen, c'est à la partie supérieure et postérieure du vagin, huit fois sur douze; c'est là le siége qu'on a le plus fréquemment signalé. Sur ce point, pendant l'accouchement, une partie du col de l'utérus est confondue avec le vagin. On conçoit alors la rupture simultanée de ces deux organes. Le siége le plus fréquent des ruptures, après celui que nous venons d'assigner, est à la partie antérieure et supérieure. De là les solutions de continuité se prolongent plus ou moins à droite ou à gauche. Le plus souvent, en effet, la déchirure est transversale; elle peut être aussi longitudinale. Ses bords sont quelquefois lisses; mais si on les observe peu de temps après l'accident, on les trouvera presque toujours inégaux, dentelés, excepté dans les cas où il y a une espèce de décollement du bord supérieur du vagin d'avec le museau de tanche.

Les déchirures du vagin n'ont pas toutes la même profondeur : ainsi il en est qui ne portent que sur une partie de l'épaisseur des parois vaginales, qui n'entament, par exemple, que la membrane muqueuse, tandis que celles que nous avons déjà étudiées comprennent ces parois entières. On pourrait dire alors qu'il y a des ruptures *complètes* et des ruptures *incomplètes*, ou mieux des ruptures *pénétrantes* et d'autres non *pénétrantes*. Cette distinction établit une différence considérable pour le pronostic. Ainsi il y a loin pour le danger, pour les suites d'une rupture du vagin, entre celle qui pénètre dans la vessie, l'urètre ou le rectum, et surtout dans le péritoine, et celle qui ne s'ouvre dans aucune de ces cavités, aucune de ces parties. Lobstein a précisément observé des cas de déchirures non pénétrantes. Il a vu la membrane muqueuse se décoller, constituer un lambeau plus ou moins grand, et occasionner une hémorrhagie plus ou moins considérable. Cette hémorrhagie ne pourrait être funeste qu'autant qu'elle serait méconnue. Lobstein attribue ces déchirures au passage du fœtus dont le frottement a été trop violent sur les rugosités du vagin.

Il y a une lésion physique du vagin qui doit être placée un peu avant les ruptures complètes; c'est quand il y a déchirure des parois vaginales, et qu'au lieu d'une pénétration dans le péritoine ou dans la vessie ou le rectum, il y a pénétration dans le tissu cellulaire du bassin. Le fait suivant va prouver combien cet accident est grave; c'est la lésion qui lie le plus étroitement les ruptures du vagin avec les *tumeurs sanguines*, dont il sera question plus tard.

Une femme, d'une constitution lymphatique, âgée de vingt ans, était heureusement accouchée de son premier enfant. Peu de temps après, il survint une violente hémorrhagie pendant laquelle la délivrance eut lieu. L'hémorrhagie persistant, quoique l'utérus fût contracté, forma un globe très dur au-dessus du pubis; Boër voulut rechercher d'où provenait le sang : il retira beaucoup de caillots du vagin, et le toucher lui fit découvrir, sur le côté droit de ce canal, à trois pouces environ de son extrémité inférieure, une ouverture arrondie, à bords frangés, pouvant à peine recevoir l'extrémité du doigt; il sentait au-dessus de cette ouverture une tumeur très-volumineuse, qui occupait toute la partie supérieure du vagin, et paraissait même s'étendre plus loin. L'utérus était contracté, l'écoulement du sang avait lieu manifestement par la déchirure du vagin : on parvint à l'arrêter à l'aide d'injections et de styptiques. Il n'y avait aucun gonflement, aucun changement de couleur aux parties externes de la génération.

Le troisième jour, la peau de la grande lèvre droite, celle d'une partie de la fesse jusqu'à l'anus, avait une teinte livide; il y avait très-peu de gonflement. La tumeur qui se trouvait à l'extrémité supérieure du vagin avait un peu diminué de volume et n'occasionnait de douleur que quand on y touchait. Il s'écoula par la déchirure

une grande quantité de sang fétide et de sérosité sanguinolente. Boër put reconnaître avec le doigt qu'il existait en dehors du vagin une cavité remplie de sang en partie coagulé, en partie dans un état de dissolution; il ne parvint cependant pas à mesurer la profondeur de cette cavité; mais à l'aide de légères pressions et d'une position convenable, il put faire sortir beaucoup d'ichor. Croyant qu'il était utile de connaître toute l'étendue du mal, il introduisit dans le foyer une des sondes dont on se sert pour vider la vessie chez l'homme; il y introduisit également le conducteur qu'il a imaginé pour conduire des tentes jusque dans l'utérus : il fut fort étonné de voir que ces instruments, après avoir pénétré de toute leur longueur, pouvaient être dirigés en tous sens, sans que la malade en ressentît de la douleur : bien plus, lorsqu'on dirigeait en haut l'extrémité du conducteur et de la sonde, on voyait distinctement et on sentait avec le doigt cette extrémité se promener dans une grande étendue sous la peau, au-dessus du bord supérieur de l'ilion.

Pendant quatre semaines on employa des injections, on prescrivit une nourriture succulente, un peu de vin, la décoction de quinquina et d'autres médicaments; on fit garder à la malade une position propre à favoriser la détersion du foyer. Durant quatorze jours environ, la suppuration fut de bonne qualité. Les forces se soutinrent : il sortit par l'ouverture étroite de ce vaste foyer deux bandes de tissu cellulaire longues toutes deux de douze pouces, et larges de quatre à leur partie moyenne. On facilita leur sortie par de légères tractions. Vers le vingtième jour, la suppuration languit, l'ichor coula plus lentement, devint âcre, plus foncé en couleur; peu de temps après, les accidents s'aggravèrent tout à coup, et la malade mourut.

A l'ouverture du cadavre, on trouva que du côté droit le vagin était partout décollé des parties qui l'avoisinent. Le tissu cellulaire et la graisse qui entourent les muscles psoas et iliaque, qui se trouvent entre le releveur de l'anus, le péritoine et les autres parties jusqu'au rein droit, étaient détruits par la suppuration et la putréfaction. Ces parties étaient si parfaitement disséquées, que le plus habile anatomiste ne saurait mieux les préparer. Le fond de ce foyer était horrible à voir, plein de sanie et de sang. (Boër, *Natural. med. obstet.*, etc.; t. II, p 319.)

Symptômes. On observe pendant le travail de l'enfantement des contractions de l'utérus plus énergiques, des douleurs avec un caractère de violence, et une nature qui les fait distinguer par la femme de celles du vrai travail. Elles ont quelquefois leur siége à l'épigastre, et bien plus fréquemment au-dessus du pubis; c'est une sensation intérieure de déchirure. Il y a écoulement d'une quantité plus ou moins grande de sang; une modification brusque de la forme de l'abdomen. La tête du fœtus ne peut plus être touchée par le doigt de l'accoucheur. Les contractions utérines cessent, et par suite il y a un calme, un état de bien-être qui cessent bientôt pour faire place à des faiblesses, des lipothymies, des douleurs vives dans une grande partie de l'abdomen, des nausées, enfin tous les accidents qui se lient à une hémorrhagie abondante, une péritonite sur-aiguë; voilà les symptômes que l'on observe chez les femmes atteintes de rupture du vagin pendant l'accouchement. Reprenons chaque symptôme à part, pour rendre plus fructueuse l'étude de cette partie de l'histoire des ruptures du vagin :

« Comme le démontrent les observations que nous avons rapportées, dit M. Mondière, toutes les femmes ont éprouvé, au moment où les fibres du vagin se sont déchirées, une douleur vive tellement différente de celles qui résultent de la contraction de la matrice, que pas une d'elles n'a manqué d'en exprimer la différence par une exclamation particulière; il faut cependant en excepter la femme dont parle Boër (13e observation du travail de M. Mondière), et chez laquelle la rupture du vagin fut précédée d'une désorganisation telle des tissus qui composent ce canal, que toute sensation douloureuse devait être et fut en effet abolie. L'une de ces malheureuses s'écrie que la sage-femme qui l'assiste l'a blessée (nous avons rapporté cette observation); l'autre, que de huit enfants qu'elle avait eus, aucun ne lui avait causé des douleurs si piquantes, et qu'elle res-

sent une douleur qu'elle ne peut définir : une troisième dit qu'il lui semble que la dernière douleur a porté contre la matrice elle-même ; une quatrième, que cette dernière douleur lui a déchiré les entrailles ; enfin, il n'en est pas qui n'ait éprouvé en ce moment quelque chose d'extraordinaire. » D'après ces faits, on ne saurait trop engager les accoucheurs à accorder une grande importance à ces sensations insolites des femmes, car si elles ne suffisent pas pour caractériser positivement une rupture du vagin, elles sont au moins de nature à éveiller toute leur attention ; c'est pour ne pas avoir été bien pénétré de cette vérité qu'on a commis de fâcheuses méprises. En pareil cas, on devra se hâter de toucher la femme avec beaucoup de précaution, pour pouvoir remplir de bonne heure les indications thérapeutiques qui se présentent.

La douleur insolite éprouvée par les femmes est presque immédiatement suivie d'un écoulement de sang plus ou moins abondant. Si la rupture a pour siége seulement une étendue plus ou moins grande des parois du vagin, l'hémorrhagie est rarement abondante ; c'est différent quand elle occupe en même temps le col de la matrice. On a vu, dans l'observation empruntée à Pouteau, qu'il y eut un écoulement de sang très-abondant, et la malade tomba dans une faiblesse extrême. Veslingius a observé un cas semblable (1).

Presque en même temps que le sang coule, les femmes disent sentir une boule s'élever dans le ventre ; l'accoucheur trouve en effet sa forme changée ; la main constate des inégalités dues aux parties saillantes de l'enfant passé dans la cavité abdominale. Mais ces symptômes ne sont pas constants, car, comme l'établissent des faits bien constatés, le passage de l'enfant dans la cavité de l'abdomen n'est point une conséquence forcée de la rupture du vagin, et même, ainsi que le démontre l'observation de M. Ingeby (obs. 3e de M. Mondière), l'enfant peut passer entièrement dans le ventre, sans changement de la forme et du volume de cette cavité, et sans que la main perçoive à travers ses parois la moindre saillie. Il faut le dire, ces cas sont rares ; ils sont considérés comme des anomalies.

« Les choses étant dans cet état, si l'accoucheur veut de nouveau toucher la tête de l'enfant par le vagin, son doigt ne la rencontre plus, ou ne la touche qu'avec difficulté. Ce symptôme a été observé dans tous les cas où le fœtus était passé dans la cavité abdominale. (Voyez les observations 4e, 5e, 6e et 12e du travail de M. Mondière.)

» La cessation des contractions utérines est une suite nécessaire du passage partiel ou total de l'enfant dans l'abdomen, et nous pensons que les cas dans lesquels ces contractions ont persisté, quoiqu'à un degré plus faible, sont ceux dans lesquels l'expulsion du placenta n'a pas eu lieu en même temps que celle du fœtus. » (Mondière.)

Presque toujours, soit la totalité, soit seulement le tronc de l'enfant, pénètre dans la cavité abdominale après la rupture du vagin. Nous avons dit que cet accident était accompagné constamment d'un écoulement de sang, qui, mêlé aux eaux de l'amnios, non-seulement s'épanche au dehors, mais encore dans le ventre. Ce sont ces humeurs et le fœtus qui, jouant le rôle de corps étrangers, produisent les autres symptômes que nous avons énumérés, et que l'on peut considérer comme consécutifs. Ils résultent, et de l'hémorrhagie et de la péritonite qui se manifeste plus ou moins promptement. Ce sont : la faiblesse, les défaillances, les douleurs abdominales, les nausées, les vomissements, les sueurs froides et tout ce qui constitue la péritonite la plus grave.

« Les symptômes que nous venons de passer en revue sont les plus importants à étudier, par cela même qu'ils ont été observés dans tous les cas de rupture du vagin. Mais il en est d'autres qui, quoique se présentant plus rarement, n'en méritent pas moins d'être indiqués ici. Ainsi, on a quelquefois observé l'issue des intestins à travers la rupture ; des vomissements de matières fécales, soit que ces vomissements dépendissent d'un étranglement intestinal entre les lèvres de la rupture, ou de la compression du rectum par la tête de l'enfant ; la rétention

(1) Encyclopédie méthodique, partie chirurgicale, tome II, p. 463.

d'urine qui a nécessité le cathétérisme, la sensation d'un corps pesant qui tombe d'un côté sur l'autre quand la mère change de position ; un écoulement plus abondant de sang et de liquide dans la situation verticale. » (Mondière.)

Pronostic. Nous l'avons déjà dit, il doit y avoir une grande différence entre les ruptures du vagin que nous avons appelées *pénétrantes*, et celles qui ne sont pas *pénétrantes.* Si ces dernières étaient très-graves, beaucoup plus de femmes périraient des suites de couches, car, comme nous avons prouvé que dans presque tous les accouchements il y a une rupture plus ou moins prononcée de la vulve, comme il sera établi que dans tous les cas aussi une portion du col utérin est déchirée, on peut avancer que souvent les parties du vagin intermédiaires aux deux points que nous venons d'indiquer sont endommagées. Mais souvent la membrane seule se trouvant lésée, on n'observe pas d'accidents graves et on ne tient pas compte de ces déchirures. Les ruptures avec pénétration sont, au contraire, presque toujours mortelles. Voyez toutes les observations rapportées par les auteurs; lisez celles surtout qui ont été choisies par M. Mondière, vous trouverez à peine deux ou trois cas dans lesquels la mère a pu échapper aux dangers d'une pareille lésion. Quelques-unes ont succombé au bout de quelques heures; le plus grand nombre au deuxième ou au troisième jour ; une seule au quarante-sixième. La cause de la mort est prévue et souvent prouvée ; c'est, quand la mort n'est pas immédiate, une péritonite générale produite par le contact du sang, des eaux amniotiques et du fœtus.

Traitement. Il doit comprendre, 1° les moyens destinés à soustraire la femme aux dangers dont elle est si prochainement menacée après la rupture du vagin ; 2° les précautions à prendre avant ou pendant l'accouchement, pour prévenir ce fâcheux accident. La connaissance exacte des causes devrait fournir les règles du traitement prophylactique. Malheureusement, comme nous l'avons prouvé, si quelquefois on a pu parvenir à la connaissance de la cause probable après l'événement, il est un bien plus grand nombre de cas où on est resté dans la plus grande ignorance sur ce point. « Cependant, dit M. Mondière, nous sommes bien convaincu que, dans plusieurs des faits rapportés précédemment, on eût pu, par certaines manœuvres, prévenir la rupture, si les personnes qui assistaient les femmes en travail avaient été bien pénétrées de la possibilité de cet accident, par suite d'une position ou d'une organisation vicieuse de l'enfant, et par suite d'une déviation considérable de l'utérus; et c'est cette conviction qui nous engage à revenir ici sur les causes prédisposantes de cette déchirure, persuadé que cette répétition ne sera pas sans quelque nécessité.

» Nous avons vu que les vices de conformation du bassin pouvaient être cause de la rupture du vagin (rarement). De là, la nécessité, comme on le fait à l'hospice de la Maternité et dans les amphithéâtres de quelques professeurs particuliers d'accouchements, de bien s'assurer, lors du premier toucher, au moment où le travail commence et même plus tôt, s'il y avait possibilité, de la disposition des parties et surtout de la conformité du bassin. Bien des accidents auraient pu être prévenus par cette précaution, et, comme preuve, nous citerons l'observation rapportée par Boër (mém. cité). » Selon M. Mondière, si cet accoucheur célèbre eût eu la conviction entière du resserrement du détroit supérieur du bassin, dans son diamètre antéro-postérieur, il n'eût pas laissé s'engager un travail que les seules forces de la nature ne pouvaient terminer heureusement. Boër n'aurait-il pas, au contraire, cherché à prévenir tout accident, en pratiquant une opération soit sur la mère, soit sur l'enfant ?

« Toutes les fois donc que l'accoucheur aura des doutes sur la bonne conformation du bassin, et *à fortiori* si, dans les accouchements précédents, on a été obligé de recourir à l'emploi des crochets, comme dans l'observation du docteur Berch, il devra se tenir sur ses gardes et être prêt à pratiquer telle opération que les circonstances pourraient nécessiter. Nous savons bien que souvent la nature seule est parvenue à terminer des accouchements que l'on regardait comme impossibles; mais ces cas sont trop rares

pour faire loi, et pour quelques mères et quelques enfants qui ont pu par là échapper à une opération, combien de sujets ont péri victimes d'une fâcheuse expectation ! » (*Ibid.*)

M. Mondière fait remarquer que les observations qu'il a rapportées prouvent que ce n'est que trente-six, quarante-huit heures, et même plus, après le commencement du travail, que la rupture du vagin a eu lieu; il est donc permis de penser que, parmi les femmes qui ont succombé, plusieurs auraient pu échapper à la mort si elles eussent été assistées par des praticiens plus habiles et plus attentifs à suivre la marche du travail.

Quand on a lieu de supposer que l'obliquité de la matrice peut causer la rupture du vagin, une indication se présente naturellement; mais comme une obliquité pour faciliter un pareil accident doit être portée à un très-haut degré, il y a peu d'espoir de la faire disparaître au moment de la parturition. C'est dès les premiers mois de la grossesse, au moyen d'un appareil approprié, qu'il faut s'attacher à redresser la matrice. Pour ce qui est des positions vicieuses de l'enfant, de l'hydrocéphalie et de la plupart des autres causes prédisposantes que nous avons indiquées, tout accoucheur doit connaître les indications qui se présentent en pareil cas. Nous n'avons pas à entrer ici dans des détails qui sont plutôt du ressort d'un traité concernant la *médecine opératoire* des accouchements. Voyons l'indication des moyens qu'il y a à employer quand la rupture a eu lieu.

Ordinairement le fœtus passe dans l'abdomen dès que la rupture s'est opérée. Cependant il est des cas dans lesquels ce passage n'a point lieu. On conçoit alors qu'il est important de délivrer promptement la femme, soit par la version, soit par l'application du forceps, soit enfin en perforant le crâne. Les deux dernières opérations seront préférées à la version, s'il existe un rétrécissement du bassin, ce qui rendrait la manœuvre difficile. Dans le cas contraire, la version sera plutôt indiquée. Plusieurs des observations recueillies par M. Mondière prouvent qu'elle n'est pas très-difficile dans ces cas.

Si le fœtus n'a passé dans le ventre qu'en partie, l'indication est la même; on s'empressera de saisir la partie qui est encore dans le vagin, pour l'extraire.

Quand l'enfant est en entier renfermé dans l'abdomen, l'indication reste la même; elle est plus pressante encore; mais il n'est pas toujours également facile d'opérer. Les circonstances qui constituent de grandes difficultés sont : 1° l'éloignement de la tête du fœtus de l'ouverture accidentelle du vagin; 2° les intestins toujours prêts à sortir par cette même ouverture. Dupuytren ne put vaincre cette difficulté que par une grande habileté; et encore l'opération fut longue et très-douloureuse. Heureusement ces circonstances fâcheuses sont loin d'être constantes, et l'expérience a démontré qu'on a pu quelquefois délivrer les femmes avec assez de facilité. Il est permis de penser que, si cette délivrance était faite peu de temps après l'accident, on pourrait sauver la vie à quelques femmes. En effet, on a vu que, dans plusieurs cas, la mort n'était survenue que le deuxième ou le troisième jour, et même le quatrième.

« Nous ne croyons pas qu'il soit possible, dans l'état actuel de la science, de déterminer les cas où il faut recourir à la gastrotomie. Cependant on peut dire que cette opération se trouvera indiquée dans les cas, 1° où la main ne pourra saisir l'enfant, tombé dans la cavité abdominale; 2° où les intestins, sortis à travers la rupture, rempliront le vagin et ne pourront être refoulés dans le ventre; 3° toutes les fois qu'il faudra employer trop de force pour tirer le fœtus à travers la déchirure; 4° enfin, lorsque l'étroitesse du bassin sera telle que le passage de l'enfant à travers sa filière sera jugée impossible. Dans le premier cas, on conçoit que la femme resterait exposée aux plus graves accidents, par suite du séjour de l'enfant dans l'abdomen, circonstance bien plus fâcheuse que la rupture elle-même. Pour le second, nous avons vu que, dans l'observation de Dupuytren, l'extraction de l'enfant, sans cesse empêchée par la présence des intestins qu'il fallait continuellement réduire, ne fut terminée qu'au milieu des plus violentes douleurs, et promptement suivie de la

mort. Pour la troisième circonstance, ce n'est que d'après la théorie que nous avons prévu les accidents qui suivraient sans doute de semblables tentatives; mais nous avions pour nous l'opinion d'un homme expert, celle de Boër, qui pense qu'il serait préférable de pratiquer la gastrotomie, plutôt que de courir le risque d'augmenter la déchirure par des tractions trop fortes. Quant à la quatrième, nous ne connaissons pas de faits qui s'y rapportent, mais nous pensons qu'elle serait rigoureusement indiquée. » (Mondière, *loc. cit.*)

L'opération étant décidée, quelle que soit celle à laquelle on donne la préférence, il faut y recourir dans le plus bref délai, chaque minute qui s'écoule diminue les chances du succès. En effet, si l'enfant n'est pas encore passé dans l'abdomen, le moindre mouvement, la plus légère contraction de la matrice, suffira pour l'y faire pénétrer; si ce passage a eu lieu, plus le fœtus restera en contact avec le péritoine et les intestins, plus on aura à redouter le développement d'une péritonite intense. On ne se bornera pas à opérer l'extraction du fœtus, il faudra prévenir ou combattre, par des moyens énergiques, l'inflammation aiguë du péritoine, qui cause la mort de presque toutes les femmes qui ont éprouvé la rupture du vagin.

On a fait remarquer que la position verticale de la femme facilitait la sortie des liquides épanchés dans le ventre; ce fait semble faire naître le précepte de donner cette position après l'extraction de l'enfant. Peut-être pourrait-on espérer par là affaiblir les causes toujours imminentes de la péritonite.

Quant au placenta, nous ne croyons pas que les faits puissent fournir des indications particulières. En les résumant, ils sont au nombre de dix. On trouve qu'une fois son extraction s'est faite aussi facilement que celle du fœtus, celui-ci n'étant pas passé dans l'abdomen. Une fois encore il fut extrait aisément, quoique contenu en partie dans le vagin et en partie dans la cavité abdominale. Quatre fois à l'autopsie, on l'a trouvé avec le fœtus passé dans cette cavité. Une fois, bien que le fœtus fût déjà parvenu dans le ventre, il a naturellement été expulsé au dehors. Enfin, on l'a extrait facilement, à travers la déchirure, dans trois cas où il était passé dans l'abdomen avec le fœtus. (Voir les obs. 12[e], 14[e] et 15[e] du travail cité.)

ARTICLE III.

Corps étrangers du vagin.

Le vagin est peut-être l'organe dans lequel on trouve le plus de corps étrangers, bien entendu si on compte les pessaires. Cependant vous trouverez cet article considérablement écourté dans les livres de chirurgie. Voyez le livre de Boyer qui se tait sur ce point, et à peine Sabatier contient-il deux faits importants. Ce serait donc rendre un véritable service à la science que de réunir tous les faits importants qui se trouvent épars dans les recueils et les livres. Les faits les plus remarquables sont ceux observés par Dupuytren et par M. Bérard aîné. Voici les observations de Dupuytren, nous ne donnerons qu'une courte analyse de celle de M. Bérard.

Une fille de la campagne vint à l'Hôtel-Dieu de Paris, en disant qu'elle avait été violée par des soldats plusieurs années auparavant, et assurant qu'après que ces malheureux eurent assouvi leur passion criminelle, ils lui introduisirent dans le vagin quelque chose qui depuis ce temps y était resté. M. le professeur Dupuytren reconnut, à l'aide du doigt porté dans le fond du canal, un corps dur, de forme circulaire, occupant toute la capacité du vagin, et résonnant lorsqu'on le frappait avec un instrument métallique. Après plusieurs tentatives d'extraction avec des pinces ou des tenettes, on parvint enfin, non sans peine, à retirer ce corps étranger; et l'on vit que c'était un petit pot, ayant à peu près deux pouces de diamètre sur autant de hauteur; sa concavité était tournée vers le col de l'utérus; toute sa surface offrait une couche d'une substance noire et solide, d'une odeur très-fétide.

A peu près vers le même temps, vint aussi à l'Hôtel-Dieu une femme qu'une affection de la matrice avait obligée à porter un pessaire en ivoire, dit en bilboquet; elle avait laissé très-longtemps ce pessaire sans le retirer : un jour qu'elle voulait l'extraire,

la grande tige à laquelle viennent se rendre les trois branches qui supportent ce cercle se brisa. Cet instrument resta de la sorte plusieurs années sans causer d'incommodité. Mais enfin, la douleur survenant, la femme réclama les secours de l'art pour l'extraction de ce corps. M. Dupuytren explora le vagin, et reconnut que les deux parties latérales du cercle étaient libres dans le canal, mais que les deux autres, l'antérieure et la postérieure étaient engagées dans la membrane muqueuse et ne pouvaient en être dégagées. Le doigt porté dans le rectum fit reconnaître une petite partie du cercle à nu dans cet intestin, et la sonde introduite dans la vessie apprit à l'opérateur qu'une autre partie faisait saillie et était également à nu dans cet organe. Jamais cette femme n'avait eu ni fistule urinaire, ni fistule stercorale. Il paraît que la communication de ce corps étranger du vagin dans le rectum et dans la vessie s'était faite par une espèce d'usure des membranes, mais d'une manière très-lente. Le procédé opératoire présentait les plus grandes difficultés ; mais tout devient facile pour celui qui a le génie de son art. M. Dupuytren essaya d'abord de scier le cercle dans le rectum ; il ne put y parvenir : alors, à l'aide d'une pince très-solide qu'il fit construire, et dont chaque mors offrait un tranchant mousse venant se rencontrer, il brisa le cercle dans le rectum et dans le vagin ; et, par l'une et par l'autre de ces cavités, il arracha les deux parties du corps étranger circulaire, qui présentait trois espèces de dents, restes des branches par lesquelles l'anneau était supporté. Cette femme guérit sans conserver aucune incommodité. (*Dict. des scienc. méd.*, tome VII, pag. 45 et suiv.)

Quant au fait de M. Bérard, voici ce qu'en dit M. Velpeau, qui l'a observé lui-même (il s'agit aussi d'un pessaire) : La femme, fort âgée, ne songeait plus à son pessaire depuis vingt-cinq ans qu'elle en avait rompu la tige. On le sentait à nu dans la vessie au moyen de la sonde, et très-distinctement dans le rectum avec le doigt. Le vagin, à peu près complétement oblitéré au-dessous, ne formait plus qu'une espèce de cul de sac offrant un léger pertuis dans la partie supérieure. (*Méd. opér.*, tome IV, pag. 377.)

Dans les deux observations précédentes, on a vu le pessaire s'engager dans des organes voisins. Ici c'est un organe, l'utérus, qui s'engagea dans le pessaire, dans l'anneau de sa cuvette, c'est le museau qui s'engagea en se tuméfiant; il forma une tumeur qui augmenta de volume et subit de la part du pessaire un véritable étranglement. Chez une femme hollandaise, le pessaire avait été placé pour obvier à une chute de l'utérus; la tumeur acquit le volume d'une tête d'enfant; la femme éprouva les douleurs les plus atroces, et l'on ne parvint à la débarrasser du pessaire, que l'on brisa avec de fortes tenettes, qu'après des tentatives bien douloureuses et réitérées. (*Bibliothèque médicale*, tome XVII.)

Diagnostic. Voici maintenant des faits très-intéressants au point de vue du diagnostic. On verra que l'erreur peut aller jusqu'à confondre les effets du séjour du pessaire avec les symptômes d'une affection cancéreuse.

Un praticien, appelé auprès d'une dame enceinte et à terme, pratique le toucher et croit reconnaître une dégénérescence cancéreuse avec procidence du col de l'utérus. Il appelle M. Capuron, qui, considérant l'état de santé de la femme, nullement en rapport avec l'altération organique présumée, fit un examen plus approfondi des parties, et retira l'éponge qui causait la difficulté. (Communiqué par M. Capuron.)

Une femme portait depuis dix ans un pessaire en liége, qui n'avait jamais été changé. Elle n'y pensait plus, et l'avait tout à fait oublié; elle fut prise de douleurs très-aiguës dans le canal vulvo-utérin, suivies d'un écoulement sanieux et de mauvaise nature. Le canal était rempli de végétations fongueuses. M. Jules Cloquet, qui a raconté ce fait, dit que l'on traitait cette femme pour un cancer vaginal. Il pratiqua l'excision des productions morbides, reconnut le pessaire et en fit l'extraction; il était en entier recouvert par les fongosités, et incrusté de sels calcaires. Le liége était entièrement pourri.

Après avoir exposé les principaux faits qui pourront servir à l'histoire des corps étrangers du vagin, et après avoir noté en passant l'importance de ces mêmes

faits, nous devons présenter quelques considérations générales qui pourront diriger la pratique des jeunes chirurgiens.

Effets et accidents déterminés par les corps étrangers du vagin. Le premier effet des corps étrangers du vagin est une irritation plus ou moins prononcée de la membrane muqueuse qui tapisse ce conduit et devient le siége d'une supersécrétion. C'est là une espèce d'écoulement; ce sont, si on le veut, des flueurs blanches. Les corps étrangers les plus innocents produisent cet effet. Ainsi les pessaires les plus petits, les plus lisses, les plus souples, déterminent, par leur présence dans le vagin, un peu d'écoulement qui finit le plus souvent par tarir, quand le pessaire est bien appliqué et qu'il est convenablement confectionné.

Si, au lieu d'être lisse, d'être d'un volume modéré, le corps étranger présente des caractères différents, ce n'est pas alors une irritation qui se borne à un écoulement, mais bien une irritation qui s'élève jusqu'à l'inflammation avec toutes ses conséquences. Ainsi des aiguilles sorties d'un étui introduit dans le vagin, un corps volumineux et dur comme un pot de pommade, ne se bornent pas à produire une supersécrétion, ils déterminent tous les effets et quelquefois tous les accidents de l'inflammation. Tout ne se passe pas dans l'organe qui recèle la cause du mal; les effets s'étendent plus loin. Ainsi, il y a douleur dans le vagin du côté de la vessie, du côté du rectum, dans tout le bassin, puis gonflement et rougeur de la muqueuse vaginale, en même temps diverses rétentions plus ou moins complètes : 1° des règles, si elles existent encore; 2° des matières fécales; 3° de l'urine; ou l'effet contraire a lieu pour les deux dernières fonctions, c'est-à-dire qu'une vive irritation ou une inflammation du vagin communiquant ou non à la vessie ou au rectum, donne lieu à de fréquents besoins d'uriner et d'aller à la garde-robe.

Puis viennent les symptômes généraux. Alors, pour peu qu'ils soient prononcés, que le chirurgien appelé soit préoccupé et la malade peu sincère, peuvent naître des erreurs très-grossières. Ces erreurs sont surtout facilitées par l'ancienneté de l'application du pessaire, car alors la malade peut l'avoir oublié complétement.

Le corps étranger peut produire des solutions de continuité, des pertes de substance en déterminant la gangrène ou l'ulcération du vagin. Nous avons vu ces résultats dans de remarquables observations, que nous avons citées. Ainsi l'observation de M. Breschet, insérée dans l'article *Corps étrangers*, du *Dict. des Sciences méd.*, et le fait observé par M. Bérard, sont dans ce cas. On voit, dans ces observations, que la nature ne pouvant éliminer le corps étranger par la voie ordinaire, puisque celle-ci tend à s'oblitérer, il s'opère une ou plusieurs voies nouvelles. C'est ainsi que ces faits nous ont montré les pessaires pratiquant des ouvertures à la vessie et surtout au rectum. Par le toucher ou la sonde, on a pu se convaincre que le corps étranger était parvenu dans les deux organes qui entourent le vagin. Nous avons dit que celui-ci tendait à s'oblitérer. En effet, au-dessous du corps étranger le vagin se boursoufle, les parois vont à la rencontre l'une de l'autre. La paroi postérieure surtout proémine davantage, et le plus souvent elle va à la rencontre de la paroi antérieure; à ce point d'incidence se fait quelquefois une adhésion qui a pour conséquence une oblitération du vagin, au-dessous du corps étranger. Ce résultat a surtout été bien saillant dans l'observation de M. Bérard. Mais, comme il arrive presque toujours quand la cause de l'inflammation est tout à fait physique, en même temps que cette inflammation revêtait la forme *adhésive* sur un point, elle était *ulcérative* sur un autre point; c'est ainsi que des perforations avaient été pratiquées à la vessie et au rectum. D'où, mélange des matières des humeurs contenues ou qui passent dans ces deux organes, et de celles venant de la matrice, d'où un vrai cloaque qui se vidait par l'anus, de temps en temps.

Mais la tuméfaction n'a pas seulement lieu au-dessous du pessaire. La matrice qui entre dans les sinuosités de cet instrument peut se gonfler et subir une espèce d'étranglement. Cet accident s'est produit dans un cas où un pessaire en bilboquet avait séjourné trop longtemps dans le va-

gin. Le col de la matrice, engagé dans la cuvette, puis dans les fenêtres, s'était tuméfié et avait été étranglé par ces fenêtres.

Quelquefois, sur les surfaces que le corps étranger a ulcérées, s'élèvent des bourgeons, de vraies végétations avec suintements séreux, séro-sanguinolents, séro-purulents. Quand la circonstance de la présence dans le vagin d'un corps étranger est ignorée, ces divers suintements, surtout quand ils ont une certaine abondance, donnent lieu, comme nous l'avons prouvé par des faits, à des erreurs de diagnostic grossières; ainsi on peut aller jusqu'à croire alors à une dégénérescence cancéreuse avancée. On voit quelle influence peut avoir, pour le pronostic, une pareille erreur, et dans quelle fâcheuse inactivité resterait un praticien en présence d'une lésion qu'il pourrait cependant si promptement guérir, s'il en connaissait la vraie cause. En effet, dans la supposition d'un cancer avancé, d'un cancer ulcéré du vagin, le praticien s'abstiendra de toute opération; il laissera donc une malheureuse femme périr par l'épuisement qui résulte d'une longue suppuration; tandis qu'il aurait pu la délivrer si promptement!

Avantages de certains corps introduits dans le vagin. Après avoir dit tout le mal que peuvent produire les corps étrangers du vagin, il est juste d'ajouter qu'ils ne sont pas toujours nuisibles, qu'ils ont souvent une grande utilité. En parlant des maladies de la matrice, il sera question des pessaires, et on verra que bien appliqués, convenablement confectionnés et renouvelés quand il le faut, ces moyens produisent des effets très avantageux et qu'ils peuvent prévenir de graves maladies. Ainsi, à la rigueur, le pessaire ne doit être considéré comme corps étranger que quand il ne remplit pas les conditions que nous venons d'indiquer.

Le tampon est aussi un moyen qui peut nuire s'il est mal employé et s'il n'est pas assez souvent renouvelé. Mais son usage, son application méthodique, peuvent fournir les résultats les plus satisfaisants. Ainsi, quand dans le vagin existe un point ulcéré, enflammé même, il y a un grand avantage à l'isoler. Dans certaines affections du col utérin, on peut faire le plus grand bien, en interposant un tampon de charpie qui empêche le contact du col avec le vagin. Nous reviendrons sur ce point important de la thérapeutique des maladies du col de l'utérus.

Thérapeutique des corps étrangers du vagin. L'extraction du corps étranger, voilà l'indication capitale. Mais avant et après cette opération on peut être obligé d'en pratiquer une autre ou d'employer des modificateurs moins directs. Ainsi il est des cas où le gonflement, la tension des parties, la vivacité de l'inflammation enfin, indiqueront l'emploi des sangsues, des bains, des topiques émollients. Après l'extraction, ces moyens pourront aussi être appliqués pour éteindre plus facilement, plus promptement l'inflammation due aux manœuvres qui viennent d'être faites, et surtout pour empêcher la propagation de cette inflammation du côté du péritoine, du côté du tissu cellulaire, du petit bassin, deux accidents également redoutables et presque toujours mortels.

Les procédés à employer pour l'extraction, sont basés sur les principes généraux de la médecine opératoire des corps étrangers. Les variantes qui tiennent à des circonstances imprévues, ne peuvent être indiquées ici.

Certaines circonstances tenant à la forme, à la nature du corps étranger, peuvent augmenter les difficultés d'extraction. Dans les observations des praticiens célèbres, on voit combien de difficultés ils ont rencontrées. Lamotte (Acad. Chirur., tome II), qui, pour un renversement du vagin, avait appliqué un pessaire, ne put l'ôter qu'à l'aide de tenettes, et en employant toutes ses forces. « Je ne reconnus, dit-il, la difficulté qu'après avoir retiré le pessaire, qui était pétrifié de telle manière qu'il n'y avait pas de différence entre ce pessaire et une véritable pierre extraite de la vessie, et qui aurait été d'une grosseur extraordinaire. »

Ainsi les dépôts formés sur les pessaires leur donnent des inégalités qui empêchent le glissement nécessaire à une extraction facile. Ces concrétions mettent le plus grand obstacle à l'extraction, surtout quand elles sont accompagnées de végétations fongueuses de la membrane. On peut être obligé d'imiter Désormeaux, le père du professeur de ce nom, qui fut obligé d'ex-

ciser toutes les végétations, avant d'enlever l'instrument qui avait perforé les deux cloisons. M. J. Cloquet se comporta de la même manière. Voilà donc une des opérations préalables auxquelles nous avons fait allusion tantôt. Sabatier rapporte que, dans un cas de pessaire fortement retenu, qui avait déjà donné lieu à de graves accidents, il ne put extraire l'instrument qu'en le divisant avec de fortes pinces. « Le pessaire, dit-il, était tellement recouvert d'incrustations salines, qu'il était comme une râpe, et que les aspérités me blessaient. » Joseph Nolet s'exprime à peu près de même (*Observ. chirurg.*, 33), ainsi que Pouteau (*Oper. posth.*, tom. 3). Roux (*Journal de médecine et de chirurgie*, 1775, janvier) dit qu'on fut dans l'obligation d'employer le forceps pour extraire un pessaire de cette espèce.

Le pessaire à bilboquet ne pouvant pas rester au centre du canal, bascule quelquefois, sa tige va heurter l'un ou l'autre réservoir et le traverse, ainsi que l'a observé M. Laroche, qui fit l'extraction d'un semblable pessaire qui s'était placé en travers; sa tige avait perforé la vessie, la cuvette pénétrait dans le rectum. Là elle était devenue le noyau d'une concrétion stercorale, formée de cristaux volumineux qui lui adhéraient, et la tige dans la vessie s'était recouverte d'une concrétion calculeuse d'acide urique.

Par ces faits et ceux déjà rapportés dans le courant de cet article, on voit qu'il peut y avoir nécessité d'extraire les corps étrangers du vagin par trois voies différentes :

1° Par le vagin lui-même : c'est la voie la plus naturelle;

2° Par le rectum : c'est ce qui fut fait par le chirurgien qui opéra la femme dont parle M. Bérard;

3° Enfin par la vessie, en faisant une espèce de taille ou de lithotritie. Il ne faut recourir à cette voie que quand on y est contraint. Règle générale : Mieux vaut diviser le corps étranger que de diviser les chairs pour faciliter l'extraction. Ainsi Dupuytren qui réduisit le pot de pommade et le pessaire en plusieurs fragments, fut plus méthodique que le praticien qui fit une incision à l'anus pour extraire le pessaire dont a parlé M. Bérard. Il est le plus souvent possible de donner à la dilatation de l'anus une étendue considérable, pourvu qu'on agisse lentement et méthodiquement. Si d'ailleurs on se voit dans la nécessité de faire un débridement préalable pour faciliter l'extraction du corps étranger, mieux vaut avoir recours aux *incisions multiples et bornées* qu'à une seule incision étendue.

ARTICLE IV.

Tumeurs sanguines du vagin et de la vulve.

La seconde partie du titre de cet article indique que nous reviendrons sur les tumeurs sanguines de la vulve, qui ont cependant déjà été étudiées. Mais ici elles seront dans des rapports plus directs avec celles du vagin et considérées comme des accidents qui se lient à la grossesse et à la parturition. Leur cause est surtout dans l'organisme, tandis que pour les tumeurs de la vulve déjà étudiées, la cause était complétement extérieure; c'était réellement une lésion traumatique. Ici on pourrait dire que la cause est fonctionnelle. En effet, c'est pendant l'accomplissement des actes les plus importants de la reproduction que l'accident a lieu.

On verra quelquefois que, non-seulement le sang est extravasé dans l'épaisseur du vagin et des lèvres génitales, mais encore dans le tissu cellulaire de l'intérieur et les environs du bassin. On comprend d'avance les dangers des tumeurs sanguines, quand elles ont une telle étendue, quand elles ont un pareil siége.

Historique. Ces tumeurs étant surtout un accident de la parturition, ont dû attirer de bonne heure l'attention des praticiens ; mais elles ont long temps été confondues avec d'autres tumeurs des parties génitales. Ce n'est qu'un peu avant le milieu du dix-huitième siècle qu'on a commencé à étudier sérieusement ces espèces de thrombus des parties génitales de la femme.

Le premier travail publié sur ce sujet, est une dissertation inaugurale soutenue à Bâle en 1734, par Jean Henri Kronauer. Cette dissertation a pour titre : *De tumore genitalium post partum san-*

guineo. Boër en a fait plus tard le sujet d'un travail important (Naturalis medicinæ obstetriciæ libri septem, Viennæ, 1812). Le titre était : *De fluxu quodam sanguinis in puerperis ante incognito*. La première production française date de la même année. M. Audibert soutint alors à la faculté de médecine de Paris, une thèse ayant pour titre : *Dissertation sur l'épanchement sanguin qui survient aux grandes lèvres ou dans l'intérieur du vagin pendant le travail ou à la suite de l'accouchement*.

Ce n'est qu'en 1824 que Siebenhaar présenta à l'université de Leipsick une dissertation latine intitulée : *Observationes de tumore vaginæ sanguineo ex partu oborto*. Meissner a relaté plusieurs faits qui se rapportent à cette importante question dans des réflexions sur les varices et tumeurs sanguines des lèvres de la vulve, insérées dans le *Gemeinsame deutsche Zeitschrift für Geburtskunde*, 1830, *Vter Band*, 11tes *heft, S*. 189. Avant cette époque avait paru un article de Legouais dans le *Dict. des sciences médicales*, article dans lequel on trouve un exposé succinct de la science sur ce sujet, et des vues pratiques très-justes. C'est Legouais qui appela ces tumeurs *thrombus de la vulve et du vagin*. Mais le travail le plus complet et le mieux en rapport avec l'état de la science est celui publié par M. Deneux sous le titre de : *Tumeurs sanguines de la vulve et du vagin*. Vient enfin un article de M. Hervez de Chégoin dans le *Journal universel et hebdomadaire*, tome VIII.

Siége. Ces tumeurs sanguines peuvent exister comme nous l'avons dit dans les grandes et les petites lèvres, dans le tissu cellulaire qui entoure et avoisine le vagin. Elles peuvent se manifester durant la grossesse, pendant le travail de l'enfantement, après la délivrance. L'extravasation sanguine est bornée à une seule lèvre, elle peut les envahir toutes deux, les distendre, occuper même les petites lèvres, le périnée, se propager dans l'intérieur du bassin. On a vu aussi par exception le sang se répandre dans le tissu cellulaire du bassin sans pénétrer jusqu'à la peau.

La fréquence des thrombus de la vulve est aussi grande à droite qu'à gauche. Boër les avait toujours rencontrés à droite. En examinant tous les faits publiés dans lesquels le côté malade est spécifié, on trouve que le thrombus a eu lieu aussi souvent à gauche qu'à droite. Il y a peu d'exemples qui prouvent l'envahissement simultané des deux côtés en même temps. Plus rarement encore, la tumeur a occupé tout le pourtour du vagin.

Causes. Un grand nombre de fois ces tumeurs ont été trouvées pendant la grossesse, plus fréquemment encore pendant le travail de l'enfantement, mais c'est après la délivrance qu'elles ont été observées le plus souvent.

Il serait difficile de concevoir sans une violence quelconque la formation d'un épanchement sanguin dans l'une des lèvres de la vulve, qu'il y ait ou non des varices dans ces parties. Tous les jours les faits prouvent que la peau peut rester intacte à la suite d'une contusion, quoiqu'il y ait ouverture d'une veine située au-dessous de cette membrane.

D'ailleurs, quand la muqueuse est entamée, il suffit du défaut de parallélisme entre la blessure de cette membrane et celle de la veine, pour que la tumeur se produise. Durant la grossesse, c'est encore le plus souvent une violence extérieure qui détermine les extravasations sanguines. Nous en avons cité un fait remarquable, quand il a été question des maladies de la vulve. « Mais alors, dit M. Deneux, il n'est pas indispensable que la violence agisse directement sur les grandes lèvres : car ces parties sont exposées à devenir, pendant cet état, le siége de varices. L'affaiblissement des parois veineuses favorise la déchirure de ces vaisseaux par contre-coup, c'est-à-dire par une forte commotion résultant d'une chute. Le refoulement du sang dû à la contraction brusque des muscles abdominaux et un obstacle à la circulation veineuse du bassin par le volume de l'utérus, favorisent cet accident. Je conçois encore, que le trouble de la circulation, suite d'un violent accès de colère, puisse occasionner la rupture d'une veine variqueuse. » (*Mém. cit.*, p. 38.)

Les tumeurs sanguines formées pendant le travail de l'enfantement ont coïncidé avec une présentation de la tête ou

des fesses, surtout quand, parvenues au détroit inférieur du bassin, il y avait effort marqué pour faire franchir la vulve à ces parties. Alors la rupture des vaisseaux sanguins n'a pu être produite que par la distension forcée des parties molles. Il est facile de concevoir dans une veine une résistance moindre qu'à la membrane muqueuse ou à la peau, surtout quand il y a une accumulation trop grande de sang dans les vaisseaux. « Cette accumulation considérable peut être due, ou à un refoulement brusque durant une contraction de l'utérus et des muscles abdominaux, ou à l'interception de son cours occasionnée par une compression exercée sur une des veines nombreuses qui s'observent à l'extrémité inférieure du vagin.» (Deneux, *Mém. cit.*, p. 39.)

Les tumeurs sanguines ont généralement pour cause, selon Meissner, la rupture d'un vaisseau veineux dilaté. Seulen (Van Siebolds *Journal für Geburstshulfe,* etc.; t. IX, cah. 1, page 188) a vu un thrombus de la vulve se former pendant les douleurs de l'enfantement. C'était une femme robuste, ayant des varices rampant sur toute la cuisse jusqu'à la vulve. La tumeur acquit le volume de la tête d'un enfant, elle se rompit, d'où une hémorrhagie tellement violente que la femme succomba peu après la délivrance.

L'affaiblissement des parois veineuses provenant d'une dilatation trop considérable ou trop longtemps soutenue, peut faire concevoir leur solution de continuité à la suite d'un tiraillement considérable, ou par l'accumulation d'une quantité de sang considérable.

Selon M. Deneux, le séjour prolongé de la tête au détroit inférieur, les efforts violents de la femme, ainsi que les contractions très-énergiques de l'utérus, sont moins importants à noter que le fait de l'affaiblissement des parois vasculaires. Tous les jours ces difficultés de l'accouchement, ces efforts s'observent sans qu'il en résulte de thrombus; au contraire on a vu plusieurs fois ce dernier accident se manifester sans qu'il ait été précédé des dernières circonstances que nous venons d'indiquer.

Selon Berdot, les tumeurs sanguines de la vulve et du vagin sont dues à la situation oblique de la tête de l'enfant, situation qui favorise, dit-il, l'écoulement prématuré des eaux, ce qui fait que la tête comprime fortement une portion du segment inférieur de l'utérus, détermine la contusion de cette partie, la déchirure de plusieurs petits vaisseaux ou d'un vaisseau volumineux : le sang alors s'épanche dans le tissu cellulaire voisin, y donne naissance à une tumeur qui devient d'autant plus considérable que les vaisseaux fournissent plus de sang. M. Deneux prouve que cette opinion vient d'une ancienne erreur sur le mécanisme de l'accouchement.

«Berdot, poursuit M. Deneux, attribue encore à la contusion des parois du vagin les tumeurs sanguines qui se forment lorsque la tête du fœtus a franchi l'orifice de la matrice. Mais il doit y avoir autre chose qu'une contusion, car l'accouchement le plus facile s'accompagne d'une légère ecchymose dans les parois du vagin, et souvent dans les lèvres de l'orifice utérin. Chez toutes les femmes qui meurent dans les premiers jours qui suivent l'accouchement, on trouve au vagin et au col de l'utérus une couleur violacée, livide, parfois noirâtre, qui a quelquefois trompé des observateurs peu attentifs qui l'ont prise pour des traces de gangrène. L'ecchymose est le résultat de la contusion, de la compression, de la distension de toutes les parties par le passage de l'enfant; elle existe après tous les accouchements. Il y a loin de là aux tumeurs qui font le sujet de ce travail. La rupture d'un vaisseau assez considérable nous paraît devoir être favorisée par l'amincissement des parois veineuses, amincissement résultant de certaines varices. Elle est déterminée, ou par la distension que l'enfant exerce sur toutes les parties, distension à laquelle, comme nous l'avons dit, les parois des veines peuvent se prêter moins facilement que la membrane muqueuse, ou par l'accumulation outre mesure du sang dans les veines. Ce dernier phénomène peut être dû aux contractions utérines ou musculaires, ou à la compression exercée par la présence de l'enfant. Lorsque l'utérus se contracte, le sang qui baigne son tissu doit refluer dans les vaisseaux voisins. La contraction des

muscles abdominaux diminue la capacité du bas-ventre, comprime toutes les parties qui y sont contenues : de là résultent, stagnation, refoulement du sang dans les divisions de la veine-cave inférieure, et partant dans celles qui occupent le bassin. Le même phénomène a lieu lorsque l'enfant, en comprimant toutes les parties molles contre les os du bassin, arrête la circulation dans les veines qui, recevant du sang des parties situées au-dessous du lieu où la compression s'exerce, se distendent et finissent par se rompre. » (*Mém. cit.*, p. 45.)

Une autre cause qui se rapproche singulièment des causes traumatiques est indiquée par Delius. C'est l'attouchement brusque et fréquent des parties. « Redit casus tumoris labii sinistri vulvæ in memoriam cui, quæ tunc temporis florebat, linariam cum butyro in unguentum redactam applicabant. Cum autem tumor fuerit merè sanguineus, intensissimos dolores secùm portans, lochiaque subsisterint, tertio die mors secuta erat.

» Imperita denique obstetricum admotio manuum, improvide et graviter labia palpando tumoris pudendorum ratio esse potest. » (*Amœnitates medicæ,* decas quinta, pagina 394.)

Ces attouchements, que quelques auteurs appellent *préparation des parties génitales*, sont également signalés par Siebenhaar, qui les blâme vivement. Il faut cependant admettre une prédisposition bien marquée aux dilatations veineuses pour que ces manœuvres déterminent le thrombus de la vulve ou du vagin.

Il est une cause prédisposante que l'on ne peut guère révoquer en doute et que l'on a observée dans un certain nombre de faits relatifs aux tumeurs sanguines; c'est un rétrécissement de la vulve ou du bassin, ou un défaut de rapport entre le volume de l'enfant et les dimensions des diamètres de ce dernier organe. La rupture des veines est la conséquence presque inévitable de la forte compression qu'exerce l'enfant sur les parties molles et de l'arrêt de circulation. Il en est de même de la rigidité de la vulve et du vagin, et de leur étroitesse naturelle. Plus ces parties sont étroites, dit Kronauer (*loc. cit.*, p. 17), et moins la durée de l'enfantement est abrégée par les efforts de la mère, plus la tête séjourne dans le vagin et peut y être enclavée.

« Deux éléments sont à considérer dans l'état pathologique appelé thrombus de la vulve et du vagin : la rupture du vaisseau et l'extravasation du sang. Ces deux éléments peuvent survenir à des intervalles plus ou moins éloignés. En effet, si fréquemment il arrive que l'infiltration sanguine succède immédiatement à la rupture du vaisseau, il peut se faire aussi que la tête du fœtus, après avoir rompu une des veines du vagin, reste appliquée contre l'ouverture de manière à s'opposer efficacement à la sortie du sang hors du vaisseau déchiré. Les choses demeureront dans cet état tant que la compression durera, alors rien ne pourra faire soupçonner la rupture veineuse. Mais dès que l'enfant sera expulsé, ce qui peut tarder beaucoup, une infiltration sanguine, un véritable thrombus apparaîtra. Cette apparition sera alors d'autant plus rapide, la tumeur prendra d'autant plus de volume, que la veine ouverte sera d'un plus gros calibre, que la déchirure sera plus étendue, que les parties opposeront moins de résistance à l'épanchement du sang.

» On conçoit encore que pendant que la tête de l'enfant comprime le vaisseau déchiré, y suspend la circulation, il peut se former un caillot qui retardera l'effusion du sang pendant quelques minutes, quelques heures après la terminaison de l'accouchement. » (Deneux, *Mémoire cité*, pag. 49 et 50.)

La déchirure des veines peut être déterminée par la stagnation seule du sang; c'est quand les causes dont nous venons de parler ont produit un affaiblissement plus marqué des parois des veines variqueuses, que cet effet est produit après l'accouchement, par suite du séjour du sang dans des vaisseaux que les parties environnantes ne maintiennent pas, et qui ont eux-mêmes perdu leur action.

On pourrait croire qu'après un premier accouchement les tumeurs sanguines du vagin doivent être plus fréquentes; en effet, les parties sont alors soumises à une distension et à une compression plus considérable; mais chez les primipares les varices sont bien moins fréquentes

que chez les femmes qui ont eu plusieurs accouchements : de là la fréquence de ces tumeurs chez ces dernières.

M. Deneux cite deux exemples de ces tumeurs chez des femmes enceintes de deux enfants. Dans les deux cas elles ont paru dans l'intervalle qui a séparé la sortie du premier enfant de la naissance du second.

Voici le fait le plus remarquable que possède l'histoire.

Observation d'une tumeur sanguine qui s'est formée entre deux accouchements.

Une femme âgée de vingt-neuf ans, d'un tempérament lymphatique, ayant beaucoup d'embonpoint, de stature petite, avec le bassin très-évasé, avait eu une grossesse assez pénible. Le travail de l'enfantement marcha avec peu de rapidité, les eaux s'écoulèrent de bonne heure, le fœtus présentait les fesses. Il devint nécessaire de dégager les pieds et d'extraire l'enfant; ce qui fut fait avec la plus grande facilité par M. Ané. Cet enfant était mort : pendant que l'on cherchait à le rappeler à la vie, la mère ressentit de nouvelles douleurs; il y avait dans la matrice un second enfant qui présentait le sommet de la tête au détroit supérieur dans la première position. La tête s'engageait dans l'excavation, et on espérait qu'elle ne tarderait pas à être expulsée, lorsqu'on s'aperçut de la présence d'une tumeur sanguine sans pulsation, qui faisait saillie à la partie postérieure et inférieure du vagin, et qui avait pris naissance dans le tissu cellulaire situé entre le sacrum et la face postérieure du rectum, ce dont on s'assura en portant le doigt dans cet intestin. En peu d'instants cette tumeur acquit un volume énorme; elle refoulait en avant la partie postérieure du vagin, en obstruait toute la cavité, envahissait le tissu cellulaire de la fesse gauche, et la grande lèvre du même côté était gonflée au point qu'elle paraissait prête à se rompre.

On appela en consultation le célèbre Baudelocque : on convint qu'il fallait terminer l'accouchement; mais on reconnut qu'on ne pouvait le faire qu'après avoir évacué le sang qui formait la tumeur, cette tumeur bouchant pour ainsi dire le passage, et rendant impossible l'introduction de la main ainsi que la sortie du fœtus. Pour cela on fit à la grande lèvre gauche une incision longitudinale d'un pouce et demi d'étendue : cette incision donna issue à environ quatre onces de sang liquide et à quelques caillots. On introduisit ensuite le doigt dans la plaie aussi profondément qu'on le pût, on le promena en différents sens pour rompre les cellules, et on obtint par cette manœuvre une nouvelle quantité de sang coagulé, qui fut évaluée à sept ou huit onces.

La tumeur qui proéminait dans le vagin étant affaissée, on put faire l'extraction de l'enfant en allant chercher les pieds; malgré la promptitude avec laquelle la version fut exécutée, l'enfant était mort. On opéra de suite la délivrance qui ne présenta rien de particulier. La malade mourut avec des symptômes d'infection purulente. Malheureusement on ne dit pas si le sang s'est propagé du tissu cellulaire entre le rectum et le vagin, ou bien si la tumeur a seulement poussé adevant d'elle les deux parois de l'intestin et la paroi postérieure du vagin de manière à obstruer le canal de ce dernier. L'observation laisse donc à désirer; toujours est-il qu'il n'y a rien de semblable dans les annales de la science.

La mort de la malade, survenue au cinquante et unième jour, précédée de fièvre avec redoublement le soir, d'éruption miliaire sur tout le corps, puis d'aphthes dans tout le canal digestif, la persistance de l'écoulement par l'incision de la grande lèvre, la fétidité de cet écoulement me portent à penser, dit M. Deneux, que cette mort a été occasionnée par la décomposition putride des caillots qui n'avaient pas été expulsés; par l'absorption, le transport dans le torrent de la circulation de la matière ichoreuse qui en résultait. Peut-être qu'une large incision, et plus tard des injections, en facilitant la sortie de tout le liquide épanché, eussent prévenu cette terminaison funeste. (Deneux, *Mémoire cité*, pages 23 et suivantes.)

Aucun fait ne prouve la récidive des tumeurs sanguines de la vulve et du vagin. Il est des femmes qui sont accouchées sans accident, quoiqu'elles aient eu précédemment un thrombus de ce genre.

Tout d'abord il semble que ces tumeurs

devraient être plus fréquentes à la suite des accouchements longs, pénibles, lorsque l'enfant a séjourné pendant longtemps dans l'excavation pelvienne, au détroit inférieur, quand il y a une légère disproportion entre la tête du fœtus et le bassin de la mère. Eh bien, on les a vu survenir tout aussi souvent pendant ou après des accouchements prompts, faciles, chez des femmes dont le bassin avait de grandes dimensions.

Selon Boër, il est difficile de décider si le sang provient des veines ou des artères. Voici l'opinion de M. Deneux :

« Pour quiconque connaît la différence des tumeurs sanguines artérielles d'avec les tumeurs sanguines veineuses, le peu d'importance qu'attachent Boër et Siebenhaar à découvrir si le sang provient des artères ou des veines sera la preuve que ces dernières seules ont été lésées dans les observations qu'ils ont recueillies. Il en a été de même dans toutes les observations venues à ma connaissance. Dans aucune tumeur on n'a remarqué les battements, les bruissements qui appartiennent aux anévrismes faux primitifs, non plus que l'écoulement du sang par jets saccadés qui s'observe quelquefois, et la difficulté qu'on a toujours à arrêter cet écoulement par la compression dans les parties où on ne rencontre pas une surface osseuse contre laquelle on puisse aplatir l'artère ouverte. Je dois excepter peut-être un fait décrit par Osiander sous le titre d'anévrisme. Je vais donner la traduction littérale de ce fait. »

« Le 12 janvier 1788, je fus appelé auprès d'une femme veuve âgée de trente-six ans, mère de plusieurs enfans. Elle avait eu le malheur, sept ans auparavant, en s'asseyant sur le seuil de sa porte, de se blesser aux parties génitales avec une espèce de petite enclume qui sert à rebattre les faulx et les faucilles. La grande lèvre droite fut violemment contuse. Il resta une tumeur, sujette à augmenter de volume, et à diminuer. Au bout de deux ans, cette tumeur devint énorme et fort douloureuse pendant une grossesse. Cette femme n'en avait rien dit à qui que ce fût, pas même à son mari : mais immédiatement après son accouchement, elle éprouva des douleurs si violentes, qu'elle se décida à faire appeler le chirurgien du village. Celui-ci ouvrit la tumeur, il en sortit plus d'une livre de sang, et les douleurs s'apaisèrent. Pendant quatre ans, la tumeur qui avait paru, était moins volumineuse que précédemment ; elle occasionnait de temps en temps de grandes douleurs. Durant la première moitié d'une nouvelle grossesse, il se forma beaucoup de varices aux jambes. La tumeur de la grande lèvre devint de plus en plus grosse et douloureuse, particulièrement dans les dernières semaines.

» Le travail de l'enfantement se déclara le 12 janvier, à quatre heures du soir. Vers huit heures, après quelques fortes douleurs, la tumeur commença à saigner abondamment. La sage-femme et le chirurgien jugeant cette hémorrhagie très-dangereuse, on m'envoya chercher. J'arrivai à onze heures du soir, je trouvai la femme prête à tomber en défaillance, mais ayant encore assez de connaissance pour me raconter elle-même presque tout ce qu'on vient de lire. Pouls à peine sensible, joues et mains froides et pâles, quantité énorme de sang écoulé. La tumeur avait environ le volume du poing d'un adulte ; elle était mobile, de couleur violette. Le sang sortait par trois ouvertures fort rapprochées, et situées au côté interne. Il s'échappait de l'ouverture supérieure comme d'une artère piquée, en jet, à la vérité très-fin, mais qui s'élevait fort haut. En appuyant avec le doigt sur ce point, je crus aussi sentir des pulsations.

» D'abord, je cherchai à arrêter le sang par l'usage de l'amadou, du vinaigre, de l'esprit de lavande, et par l'application d'un bandage. Mais il fut entièrement impossible de s'opposer le moins du monde à l'hémorrhagie. Le bandage glissa par-dessus la tumeur, et les flots de sang entraînaient tout ce qu'on leur opposait. Je cessai toute tentative hémostatique, et je m'occupai d'accoucher la femme au plus tôt. Je la fis placer horizontalement sur la chaise de Stein ; je rompis les membranes, et je fis la version d'un enfant qui paraissait mort depuis quelque temps ; j'opérai la délivrance avec facilité, et l'utérus revint sur lui-même. Mais pendant l'accouchement, les trois ouvertures s'étaient réunies en une seule, large de

trois travers de doigt, le sang en sortait par flots. Peu de temps après, l'accouchée éprouva des angoisses, poussa des cris, voulut se lever de force; mais il survint bientôt des mouvemens convulsifs, une respiration haletante et stertoreuse; enfin, la mort. En examinant alors la tumeur, je trouvai que le côté interne de l'anévrisme était tout gangréné. Ses parois, partout d'un brun noir, étaient très-minces dans l'endroit de la rupture. Le foyer contenait encore quelques caillots. » (Denks vurdigkeiter für die Heilkunde und Geburts hülfe, vol. I, part. 2, page 283.) *Voyez le mémoire de M. Deneux.*

La sortie du sang a lieu, d'après Osiander, comme d'une artère ouverte, par un jet très-fin, mais très-élevé. Mais cet auteur ne dit point si ce jet était saccadé, et certes, il est des cas où l'on a vu des veines fournir un jet de sang tel que l'on aurait pu croire à la lésion d'une artère.

Selon M. Deneux, l'augmentation et la diminution alternatives du volume de la tumeur, sa grosseur moins considérable à la suite d'une incision, la cicatrisation facile de cette incision, sont des circonstances qui ne paraissent pas pouvoir coïncider avec un anévrisme. Tout au plus serait-il porté à admettre que, pendant le dernier accouchement, une artériole aura été déchirée, et aura contribué à augmenter l'hémorrhagie. L'opiniâtreté de cette hémorrhagie lui paraît devoir être attribuée surtout à l'état variqueux des grandes lèvres.

C'est avec raison du reste que Kronauer a signalé comme plus difficile la stagnation du sang dans les artères que dans les veines, et indiqué l'absence de pulsations dans ces tumeurs; mais il a nié à tort qu'une hémorrhagie pût en suivre l'ouverture. Il est vrai que l'on a peine à croire à une terminaison funeste aussi rapide qu'on l'a observée, après une simple lésion des veines. On sait pourtant que les hémorrhagies veineuses sont quelquefois très-redoutables, et l'on connaît le fait de Siebold, observé sur une femme grosse qui, à la suite d'une blessure de la malléole, eut une forte hémorrhagie suivie de convulsions et de syncopes, et finit par avorter.

D'ailleurs, comme le fait observer avec raison M. Deneux, des faits incontestables démontrent la possibilité d'une hémorrhagie mortelle à la suite d'une rupture de varice.

Symptômes, marche, effets, terminaisons. Les tumeurs sanguines sont précédées et accompagnées d'une douleur quelquefois très-vive, rapportée par les femmes aux parties génitales. Cette douleur a été masquée ou confondue avec d'autres sensations douloureuses qui ont lieu pendant l'accouchement, pendant la délivrance ou après que tout est terminé. Ainsi M. Hervez de Chégoin, qui a publié, dans le *Journal universel et hebdomadaire*, tome VIII, une observation de tumeur sanguine, crut d'abord que la douleur accusée par l'accouchée était due à la déchirure de la vulve et d'une petite partie du périnée, déchirure qui s'était opérée au dernier temps d'un accouchement terminé par le forceps.

Macbride cite une femme qu'il venait d'accoucher très-heureusement; comme elle se trouvait très-bien il la quitta en parfaite sécurité. Mais bientôt il fut rappelé, car l'accouchée éprouvait de *très-vives douleurs*. Ce praticien se méprit sur ces douleurs, administra une potion calmante et quitta de nouveau la femme. Il fut bientôt rappelé encore et alors il constata la cause de ces *douleurs très-vives :* c'était une tumeur sanguine. (*Med. observ. and inquiries*, vol. V, page 89). M. Deneux dit que ces tumeurs causent *ordinairement* des douleurs très-vives (Mém. cit.), tandis que Legouais avance qu'elles sont *ordinairement* peu douloureuses. (*Dict. des Scienc. Méd.*, tom. LV, pag. 120.)

L'analogie et les faits recueillis depuis les recherches de Legouais sont contre son opinion. C'est, du reste, à la grande distension des parties que l'on doit attribuer la vivacité des douleurs qui quelquefois ont pris le caractère de douleurs expulsives. La pression exercée sur la vulve et l'anus par le volume de la tumeur, les détermine parfois; elles se prolongent aussi plus ou moins longtemps.

C'est surtout quand elles prennent ce caractère de douleurs expulsives que les modifications de la sensibilité peuvent obscurcir le diagnostic.

La femme se livre alors à des efforts comme dans les derniers moments du travail de l'enfantement. M. Hervez de Chégoin, dans l'observation que nous avons déjà citée, note « un besoin continuel de pousser en bas, au point que la malade ne parlait que d'hémorrhoïdes qui la faisaient souffrir » (*Journ. univ. hebd.*, tome VIII, page 376). On trouve ces douleurs expulsives parfaitement caractérisées dans une observation de Vingtrinier. D'ailleurs il est assez facile de concevoir la nature de ces douleurs : la tumeur joue le rôle de corps étranger, lequel presse et sur le vagin et sur le rectum, d'où le mouvement synergique qui se manifeste toutes les fois qu'il y a un corps étranger dans ces parties et auquel ces parties ne sont pas habituées.

Nous avons déjà dit le siége de la tumeur, elle occupe une ou deux lèvres, ou les deux en même temps; un point de la circonférence du vagin ou tout le pourtour. Elle a depuis le volume d'un œuf jusqu'à celui de la tête d'un enfant de naissance.

La tumeur présente d'abord la totalité du volume qu'elle doit acquérir ou bien il faut pour cela quinze, dix-huit et même vingt-quatre heures. Le thrombus a bientôt une teinte violette, puis livide. Sa consistance est variable. On comprend qu'elle doit être dure quand il n'y a qu'infiltration sanguine ; elle doit au contraire offrir une certaine mollesse et même de la fluctuation quand il y a épanchement.

Voici les causes de solution de continuité. Tandis que la tumeur se développe, la membrane muqueuse est distendue et éraillée. Par le séjour du sang cette membrane peut être mortifiée et ulcérée. Après la solution de continuité de l'enveloppe tégumentaire de la tumeur, le contenu est chassé en totalité ou seulement en partie. Ce sont alors des caillots plus ou moins solides, seuls ou mêlés à de la sanie. L'élimination du sang n'est pas d'abord complète, ou bien c'est à l'état liquide qu'il sort. Quand ces tumeurs ont de grandes proportions, ou quand l'ouverture des vaisseaux n'est pas oblitérée, il peut survenir un grand affaiblissement des forces, des syncopes et même la mort avec tout le cortége des symptômes de l'hémorrhagie.

On trouvera dans le travail de M. Deneux plusieurs faits qui prouvent cette issue funeste des tumeurs sanguines. Hufeland cite aussi un cas de mort attribuée à une hémorrhagie. Dans ce cas, le thrombus s'était formé avant l'accouchement, et ce fut le passage de la tête de l'enfant qui détermina l'ouverture du thrombus. Cet effet est le plus fréquent, les exceptions sont rares, en voici un exemple qui mérite d'être connu : L'accouchement s'opéra malgré la tumeur, et malgré l'accouchement la tumeur resta intacte.

« Une dame, âgée de trente-huit ans, d'une petite stature, d'une constitution faible, et heureusement arrivée au terme de sa septième grossesse, fit appeler Siebold pour l'accoucher. Tout alla bien et sans aucune difficulté jusqu'à la troisième époque du travail; mais alors se manifesta une tumeur longitudinale à la lèvre gauche. Cette tumeur s'accrut à chaque effort ; elle devint très-douloureuse au toucher, et son volume augmenta tellement, qu'on eut lieu de craindre qu'elle ne s'opposât à la sortie de la tête de l'enfant, mais les douleurs redoublées triomphèrent de cet obstacle et l'enfant vint au monde sans accident.

» Avant qu'on portât l'accouchée dans son lit, Siebold examina soigneusement la tumeur qui l'avait tant inquiété. Elle était d'un bleu noirâtre, et l'on ne pouvait y toucher que la malade ne souffrît beaucoup. Persuadé qu'elle n'avait pas d'autre cause qu'un épanchement de sang dû à la rupture d'une veine trop distendue, il proposa d'y faire une incision ; mais ni l'accouchée ni son mari ne voulurent y consentir. Il se borna donc à la couvrir avec des fomentations chaudes d'eau de Goulard et de sel ammoniac. La douleur devint plus supportable, la tension diminua, la tumeur perdit beaucoup de son volume; on se flatta de l'espoir qu'elle se dissoudrait entièrement et que l'incision ne deviendrait pas nécessaire.

» Cependant la résolution complète ne s'opérait point, quoiqu'on fît usage des remèdes ci-dessus pendant plus de deux mois. Vers le milieu du troisième mois,

il survint une fièvre accompagnée de frissons, puis une inflammation avec suppuration à la tumeur. Après des douleurs très-vives, la tumeur s'ouvrit et il en sortit une grande quantité de pus mêlé de sang. L'ouverture néanmoins était trop petite; Siebold obtint la liberté de l'agrandir par une incision longitudinale; par ce moyen il donna issue à beaucoup de pus sanguinolent; puis il introduisit de la charpie sèche dans la plaie, et la guérison fut prompte. » (*Biblioth. germ. méd. chirurg.*, t. VI, page 195.)

Il peut y avoir, en même temps, formation d'une tumeur sanguine et hémorrhagie par l'organe sur lequel se trouve cette tumeur. Le défaut de parallélisme de la rupture des veines et de la division de la peau peut expliquer ce phénomène. Alors du sang s'écoule dans la cavité du vagin, et en même temps il s'en amasse dans les tissus qui composent ses parois ou dans ceux qui les doublent. Voici une observation dans laquelle on trouvera le double fait de l'hémorrhagie et de la tumeur sanguine. On verra aussi avec quelle hardiesse Boër a pratiqué l'incision pour éviter la stagnation du sang extravasé.

Boër accoucha une femme, chez laquelle l'expulsion prompte du fœtus fut suivie d'une hémorrhagie. Par l'exploration, ce praticien constata que le sang provenait d'une déchirure du vagin : la lèvre droite de la vulve, et le côté droit du vagin, jusqu'à quatre pouces environ de son orifice, étaient le siége d'une tumeur considérable et livide. L'écoulement extérieur du sang et son épanchement interne s'arrêtèrent à l'aide de remèdes internes et externes. La malade était très-affaiblie. Elle prit une nourriture légère et de l'eau vineuse; la poitrine et le ventre furent aussi élevés que possible, et on fit des fomentations tièdes sur la tumeur.

« De crainte de renouveler l'hémorrhagie, je ne me permis, ajoute Boër, un nouvel examen qu'au bout de quatre jours. J'introduisis sans difficulté le doigt par l'ouverture indiquée qui se trouvait sur le côté droit du vagin, au-dessus de son orifice, et je trouvai une cavité pleine de sang et de caillots, qui aurait facilement admis un poing médiocre. Je ne pus en découvrir le fond du côté de l'intestin rectum. Je substituai au doigt une sonde cannelée que j'introduisis jusque sous la peau, entre l'anus et la tubérosité de l'ischion, j'incisai sur cette sonde toute la paroi antérieure du sac jusqu'au vagin, en y comprenant la grande lèvre. Je pus alors débarrasser légèrement la cavité du sang qui y était contenu; je la remplis ensuite de charpie, je continuai ce mode de pansement, ayant soin vers la fin de recouvrir cette charpie avec un onguent digestif. La guérison ne se fit pas attendre au delà de vingt jours. (*Ouvrage cité*, page 327.)

La tumeur, si elle est volumineuse, surtout si elle remonte un peu haut dans le vagin, donne lieu à des phénomènes, à des accidents du côté des organes qui entourent le vagin. Ainsi, par la compression, elle peut produire une rétention d'urine ou une rétention des matières fécales. En obstruant le vagin, elle peut empêcher la sortie de l'arrière-faix et l'écoulement des lochies; de là une cause de métrite et d'hémorrhagie interne.

La tumeur qui se forme avant le terme de l'accouchement, peut empêcher la sortie de l'enfant comme nous l'avons déjà dit et comme le prouvent plusieurs observations plus ou moins analogues à celle qui est relatée dans l'un des ouvrages de Ledran que les praticiens consulteront toujours avec fruit. Il contient les *consultations* de ce célèbre chirurgien. Ledran, après avoir prouvé que l'obstacle à l'accouchement était produit par un véritable thrombus, ajoute qu'il faut l'ouvrir, ce qui fut fait. La tumeur renfermait plus de vingt onces de sang moitié fluide, moitié coagulé, qui adhérait très-fortement aux parois du foyer, lequel disparut presque entièrement en deux jours. Zeller a publié une observation que nous devons faire connaître, car c'est une des plus extraordinaires, et elle constitue un fait pratique des plus importants parce qu'il y a eu des convulsions, et par conséquent indication d'agir avec célérité.

Primipare âgée de dix-neuf ans. Tête de l'enfant, au commencement du travail, au fond de l'excavation pelvienne;

orifice de l'utérus à peine ouvert : des douleurs plus intenses en opérèrent peu à peu la dilatation. Six heures après l'écoulement des eaux, tête parvenue au détroit inférieur, il se forma dans la grande lèvre gauche, pendant une forte douleur, une tumeur qui s'étendait jusqu'à l'anneau inguinal. Zeller eut alors l'idée d'une hernie : mais un examen attentif fit établir que tout le côté gauche du vagin était également le siége d'une tumeur qui se continuait avec celle de la grande lèvre. Avec la douleur qui suit, la tumeur extérieure augmente et égale, en peu de minutes, la grosseur d'un fœtus à terme. Elle obstrue tellement la vulve, que Zeller eut toute sorte de peine pour introduire le doigt dans le vagin : elle se trouvait fortement poussée en avant par la tête du fœtus qui faisait effort pour sortir. C'est alors que survinrent les convulsions : sur-le-champ il prit le parti d'ouvrir la tumeur, fit une incision large de trois pouces dans l'enfoncement qui est entre la grande et la petite lèvre ; une quantité considérable de sang liquide et coagulé sortit, ce qui aida le dégagement de la tête avec le levier ; en peu de minutes l'accouchement fut terminé. Aussitôt après, dit Zeller, à l'aide d'une compression dirigée de l'anneau inguinal vers la plaie, je fis sortir le sang qui se trouvait extravasé ; je détergeai la cavité aussi bien que possible, et provisoirement je recouvris la plaie avec un linge.

La délivrance fut prompte. Injection d'eau tiède dans le foyer sanguin afin de le déterger tout à fait ; la femme fut couchée sur le côté droit pour empêcher les lochies de s'introduire dans la plaie, et faciliter l'écoulement des matières. La plaie se trouvait réduite à un pouce d'étendue lorsque tout fut vide et détergé. La guérison eut lieu en quinze jours. (*Bemerkunger über d. pr. Enthendungs-Kunst.* Vien. 1789, page 105.)

La femme a des attitudes particulières si les tumeurs sont volumineuses ; elle reste couchée sur le dos, les cuisses écartées et fléchies. Pour peu que la tension et le gonflement des parties soient prononcés, la malade ne peut étendre les membres inférieurs, et les mouvements s'opèrent avec beaucoup de douleur.

Les tumeurs sanguines dont il est question peuvent se terminer : 1° par résolution à la manière des thrombus situés dans toute autre région ; 2° par suppuration, alors l'inflammation envahit les parois du foyer et il y a ulcération, le sang est entraîné avec le pus, qui devient plus ou moins ichoreux et fétide par la putréfaction des caillots ; 3° par rupture de la tumeur et sortie du sang qui la forme ; 4° enfin par gangrène : les points les plus amincis sont frappés de mort ; les escarres se détachent et mettent à nu les caillots. Un mot sur chaque terminaison.

1° La résolution n'est pas fréquente ; elle s'effectue principalement si le sang est déposé dans les mailles du tissu cellulaire, quand il n'est pas réuni en foyer ; comme l'a très-bien expliqué M. Velpeau dans sa *Thèse sur les contusions*, sa partie séreuse s'étend au loin dans les aréoles, les vacuoles du tissu lamineux où elle est d'abord absorbée ; la partie solide est également éliminée par les vaisseaux absorbants, mais quelquefois avec une grande lenteur. Le docteur Audibert fut appelé pour donner des soins à une dame âgée d'environ vingt-sept ans ; elle était en travail de son premier enfant, qui présentait les pieds ; il naquit sans difficultés, bien portant. Deux heures environ après que l'accoucheur se fût retiré, on vint le chercher de nouveau. L'accouchée accusait une douleur *très-vive* dans l'aine, au périnée et vers l'anus. Une tumeur beaucoup plus grosse que le poing, occupait la grande lèvre droite, s'étendait vers la partie supérieure et interne de la cuisse, se propageait vers le périnée, l'anus et la tubérosité de l'ischion. Cette tumeur ne présentait ni battements ni fluctuation, mais beaucoup de tension et de dureté ; il n'y avait aucune déchirure au périnée ni aux grandes lèvres. La malade déclara que, pendant toute sa grossesse, elle avait eu la grande lèvre droite gonflée et parsemée de vaisseaux variqueux de la grosseur d'une forte plume à écrire.

Aucune circonstance de l'accouchement ne pouvait rendre raison de cet accident. M. Audibert prescrivit aussitôt

l'application de compresses imbibées de vin tiède. Ces compresses furent maintenues avec la main qui devait en même temps exercer une compression dans le but de s'opposer à l'augmentation de l'épanchement. Ces moyens furent couronnés de succès, et vers le cinquième jour de l'épanchement, la résolution était presque complète. (*Dissert. inaugur.*, Paris, 1812, page 8.) (Voy. aussi le mémoire de M. Deneux, pages 87 et suiv.)

Ce sont des observations de cette nature qui feraient adopter les idées exposées par M. Hervez de Chégoin dans l'article déjà cité du journal hebdomadaire.

2° On a pu constater que la terminaison par suppuration a été précédée d'un commencement de résolution.

3° Nous allons citer un exemple de rupture par distension de la tumeur : « Je vis en 1788, dit Barbault, une femme qui accoucha si promptement de son troisième enfant, que la garde fut obligée de le recevoir. Peu après la délivrance, cette dame éprouva des douleurs périodiques que l'on prit pour des tranchées. Ces douleurs continuèrent pendant plusieurs heures et ne se calmèrent que quand la malade eut perdu une assez grande quantité de sang. La garde, en retirant un linge qui se trouvait rempli de caillots, vit que la fesse, la cuisse et la grande lèvre du côté droit étaient ecchymosées dans une grande étendue, et, en écartant la tumeur que formait la grande lèvre, elle aperçut une déchirure assez grande pour permettre au doigt de pénétrer dans un foyer profond rempli de caillots. Il y eut une consultation dans laquelle on se borna à prescrire des injections et des lotions d'eau d'orge miellée, d'eau vulnéraire, et l'accident n'eut aucune suite fâcheuse. » (*Cours d'accouch.*, tome I, page 49.)

Après une semblable rupture, on a constaté assez souvent que la gangrène s'est emparée d'une partie des parois du foyer et a agrandi l'ouverture.

« Madame Lachapelle vit une tumeur se développer en moins d'un quart d'heure, chez une femme âgée de vingt-six ans, en travail de son premier enfant, au moment où la tête descendait dans le vagin. Cette tumeur parut envahir principalement la nymphe gauche ; elle acquit promptement un volume assez considérable pour obstruer le vagin et arrêter la marche du travail qui durait déjà depuis six heures. Cependant, deux heures après cet événement, la tumeur se rompit et donna issue à un énorme caillot de sang ; la tête alors put s'avancer et l'accouchement fut à l'instant terminé. Une escarre gangréneuse a enveloppé les bords de la déchirure, mais la guérison n'en a été que fort peu retardée. » (*Prat. des accouch.*, tome III, page 201.)

4° Voici un exemple des plus remarquables de terminaison par gangrène : il est emprunté à un recueil anglais.

« Une femme de trente-deux ans était parvenue au terme de sa première grossesse ; elle éprouvait depuis le matin les douleurs de l'enfantement ; elle accoucha naturellement, et, au bout de cinq minutes, le placenta fut expulsé. La délivrance faite, la femme se plaignit d'éprouver des douleurs cruelles vers le périnée ; ces douleurs *étaient bien plus vives, bien plus aiguës que celles de l'accouchement* ; elles allaient en s'exaspérant ; il survint une syncope. En reprenant connaissance, l'accouchée dit qu'elle avait une grosseur à la vulve. Auprès du périnée était, en effet, une tumeur dont le volume s'accrut rapidement, au point d'occuper toute la grande lèvre gauche, depuis le périnée jusqu'au ligament de Poupart. Le lendemain, cette tumeur avait le volume du corps du fœtus ; les téguments paraissaient sur le point de se rompre ; on appliqua des compresses trempées dans l'eau végéto-minérale. Le troisième jour, sur divers points était une couleur livide ; la gangrène s'était emparée de la plus grande partie des téguments. Le quinquina fut donné en substance à haute dose ; on eut recours à des cataplasmes anti-septiques. La chambre fut aérée, ventilée. Le sixième jour, l'escarre se détacha, et une quantité considérable de pus et de sang caillé fut expulsée. Dès lors, une grande amélioration eut lieu, et la guérison fut complète au bout de trois semaines. » (*London med. Journ.*, 1788, page 119.)

Diagnostic. En général, le diagnostic des thrombus de la vulve et du vagin n'est pas difficile. « La préexistence de varices,

l'apparition brusque de la tumeur et l'augmentation rapide de son volume ; puis une dureté insolite ou de la fluctuation, souvent une cause déterminante bien évidente, telle que coup, chute, effort violent, voilà autant de circonstances qui éclairent le diagnostic.» (Deneux, page 100.) Des erreurs ont cependant été commises; il est donc important de signaler les plus célèbres.

On connaît l'exemple de Mauriceau : il prouve qu'on aurait pu confondre avec ces tumeurs des varices de la vulve. Voici celui que M. Massot a consigné dans un mémoire adressé à l'Académie de médecine. On verra aussi que l'erreur aurait pu être commise.

« Je connais, dit-il, une femme qui, à la suite d'un seul et unique accouchement, porte une tumeur variqueuse à chaque grande lèvre. A l'époque où les menstrues doivent arriver, ces tumeurs acquièrent le volume d'une grosse orange; quand l'écoulement a paru, elles diminuent considérablement de volume, surtout si les règles sont abondantes. Des sangsues appliquées à la marge de l'anus ont plusieurs fois amené cette diminution, lorsqu'elle n'avait pas eu lieu spontanément. Il arriva une fois que, dans un violent accès de colère, accompagné de mouvements forcés et rapides, ces tumeurs s'ouvrirent; il s'en écoula une grande quantité de sang d'abord liquide, d'un rouge noir, ensuite grumelé. La guérison s'en opéra très-bien, et fut grandement aidée par une compression méthodique. »

Ici, comme dans le fait de Mauriceau, le sang était contenu dans les veines plus ou moins largement dilatées; ce sang n'était pas extravasé ni épanché dans les tissus voisins : il n'y avait donc pas de thrombus.

Les tumeurs sanguines sont souvent d'une couleur violacée. Cependant cette couleur n'est pas constante. Son absence pourrait donc tromper les praticiens qui n'en seraient point prévenus.

Des tumeurs sanguines ont été prises pour des hernies. D. Macbride commit d'abord cette erreur, qui fut partagée par Cleghorn, appelé en consultation. Nous allons transcrire le fait :

« Pendant le mois d'août, on m'appela, dit Macbride, pour voir une dame accouchée depuis une heure. Elle éprouvait encore de si grandes douleurs qu'on craignait une issue funeste. En recherchant la cause de ces douleurs, je trouvai qu'elles étaient dues à une tumeur considérable qui occupait une des grandes lèvres. Elle était très-douloureuse, et survenue immédiatement après la délivrance, quoique l'accouchement eût été très-facile. D'abord, je crus que c'était une hernie, et que les viscères n'étant plus soutenus après la délivrance, comme pendant la grossesse, s'étaient échappés et formaient hernie. Mais pensant bien que c'était là une maladie peu commune et très-grave, je fis convoquer le docteur Cleghorn et la personne qui avait fait l'accouchement.

» Il se passa une heure avant la réunion des consultants, et pendant ce temps la tumeur acquit le volume de la tête d'un enfant à terme; elle envahit même le périnée, fut le siége des douleurs les plus vives, et devint livide.

» Le cas n'étant pas ordinaire, et aucun de nous ne pouvant reconnaître le vrai caractère de la tumeur, nous conseillâmes des fomentations spiritueuses, et nous convînmes de revenir le soir auprès de la malade.

» Le soir, les douleurs étaient les mêmes; la tumeur avait encore augmenté de volume, et les téguments, gangrénés en partie, allaient se rompre. La rupture ayant eu lieu pendant la nuit, il s'écoula une grande quantité de sang coagulé. Le calme revint bientôt. Le lendemain matin, il nous fut facile de reconnaître le caractère de la tumeur; nous conçûmes alors l'espoir de sauver la malade. La peau était frappée de gangrène dans une grande étendue, on facilita la séparation des escarres avec un digestif approprié; on continua les fomentations. D'abord la quantité de sang coagulé qui s'écoulait à chaque pansement était considérable; ce sang tarit peu à peu; le reste, qui était extravasé, fut absorbé, ou fut entraîné par la suppuration, et vers la fin du deuxième mois il ne restait aucune apparence de la tumeur; la plaie était cicatrisée, et la femme n'offrait plus de

traces de sa maladie. » (*Med. obs. and. inquir*, tome v, 1776, page 86.)

Ainsi, voilà trois praticiens en présence de la tumeur et incertains sur le diagnostic jusqu'au moment de son ouverture.

Ici on ne conçut que quelque doute sur l'existence d'une hernie; on va voir maintenant une erreur qui a conduit à des tentatives répétées et continuées de réduction. « Une tumeur sanguine, de la nature du thrombus, d'un volume double de celui d'un œuf de poule, tendue, douloureuse, sans changement de couleur à la peau, survenue à la grande lèvre droite, immédiatement après l'accouchement, fut prise d'abord pour une *hernie vaginale*, *et tourmentée pendant trois jours*, *par des tentatives de réduction*. Le véritable caractère de la tumeur ayant alors été reconnu, on tenta de la vider par le trois-quarts. Les caillots ne pouvant sortir, il fallut en venir à l'incision pratiquée sur la canule de cet instrument. Le pansement fut simple et la guérison très-prompte.» (*Journ. général de médecine*, tome xiii, page 61.)

L'erreur est plus facile quand l'enveloppe, quand la peau ou la muqueuse n'ont pas changé de couleur.

Une observation rapportée par Casaubon, montre qu'un thrombus de la vulve a été considéré comme un renversement du vagin. Le taxis occasionna la rupture de la tumeur, d'où il résulta une hémorrhagie mortelle. Casaubon assure connaître deux autres cas qui donnèrent lieu à une semblable erreur de diagnostic, et les mêmes manœuvres furent suivies du même résultat.

« Le docteur Siebenhaar pense qu'on pourrait confondre le thrombus vulvaire avec une tumeur purement inflammatoire occasionnée par du sang accumulé dans les vaisseaux capillaires: *tumor mere inflammatorius*, *à sanguine in vasis capillaribus accumulato*, *natus*.

» L'auteur entend sans doute parler du phlegmon commençant; il donne le défaut de fluctuation, la surface égale de la tumeur, les douleurs ardentes dont elle est le siége, comme les principaux caractères qui serviront à la distinguer du thrombus; il ajoute l'absence de la coloration brunâtre de la peau des environs de l'anus et du vagin. Mais il peut exister des tumeurs sanguines sans cette coloration. D'autres faits prouvent également que la fluctuation n'est pas constante, que la tumeur peut avoir une surface égale, et qu'elle est fréquemment le siége de douleurs très-vives; on serait exposé à être grandement induit en erreur, si l'on s'en rapportait aux caractères donnés par le docteur Siebenhaar. Il me semble que le mode de développement de la tumeur devra être pris en grande considération. Le thrombus survient toujours subitement, tandis que l'inflammation met beaucoup plus de temps à s'établir.

» Ces réflexions me paraissent applicables aux abcès des grandes lèvres, les circonstances commémoratives, la marche que la tumeur a suivie dans son développement, pourront servir toujours à faire reconnaître un véritable abcès d'une inflammation et d'une suppuration occasionnées par la présence de sang épanché ou extravasé. Est-il nécessaire de donner, avec Kronauer et Siebenhaar, les caractères propres à faire distinguer les tumeurs sanguines des infiltrations séreuses des grandes lèvres? Nous ne pensons pas que l'on puisse jamais être embarrassé pour distinguer ces deux affections l'une de l'autre » (Deneux, pages 10 et suiv.). On devra ici consulter les paragraphes de notre travail qui ont trait aux inflammations et aux abcès de la vulve.

La tumeur qui a son siége dans le tissu cellulaire qui environne le vagin, offre au diagnostic un peu plus de difficultés, car il n'y a pas de tumeur extérieure. Le toucher est alors de toute nécessité, comme on va le voir dans l'observation suivante. Cette manœuvre faite même dans une autre intention parvient à ce résultat.

« Femme âgée de vingt-six ans, robuste, naturellement accouchée de son premier enfant. Au bout d'une demi-heure, on introduisit un doigt dans le vagin pour faciliter la sortie de l'arrière-faix. On découvrit, à deux pouces environ de profondeur, sur le côté gauche de ce canal, une déchirure longue d'un demi-pouce; le doigt put toucher l'intestin rectum, et il pénétra jusque dans la grande lèvre gauche : toutes ces par-

ties étaient tellement remplies de sang, que la lèvre était très-tendue et très-gonflée. La femme ne souffrait en aucune manière, et quoiqu'elle eût perdu beaucoup de sang, sa santé n'était pas altérée. On lui prescrivit de garder le repos le plus absolu pendant les jours suivants. Boër pensait à pratiquer une incision; mais comme le bon état de la plaie et l'absence de fièvre permettaient de différer cette opération, on se borna à l'emploi des fomentations résolutives. La plaie se rétrécit si bien, que la malade put sortir de l'hôpital tout à fait guérie, le seizième jour. » (Joerg, Versuche und Beytrage, etc. Leipsig, 1806, page 232.)

Quelquefois, c'est en pratiquant le toucher pour s'assurer de l'état de l'utérus chez des femmes qui éprouvaient des syncopes sans écoulement apparent de sang, que l'on a reconnu des thrombus.

Une élève de madame Lachapelle, établie à Noisy-le-Sec, fut appelée le 17 août, à sept heures du soir, près d'une femme pléthorique âgée de vingt-sept ans, et parvenue au terme de sa première grossesse. Cette femme avait constamment refusé la saignée, malgré les incommodités auxquelles elle avait été soumise. A la partie latérale gauche du vagin, on sentait quelques inégalités mollasses, assez saillantes et probablement variqueuses. La tête s'avançait dans la deuxième position; le travail marchait régulièrement, et à dix heures du soir l'accouchement était terminé.

« Le 19 août matin, cette femme est prise d'une syncope. La sage-femme veut s'assurer de l'état de l'utérus, et elle sent entre les cuisses de l'accouchée une tumeur lisse, rénitente, violacée, de la grosseur à peu près de la tête d'un adulte, et formée par le développement de la grande lèvre gauche. Éloignée de toute personne de l'art, cette sage-femme se décida à faire à la tumeur une ouverture par laquelle elle put extraire une grande quantité de caillots noirâtres et fétides que contenait non-seulement la grande lèvre, mais encore le tissu cellulaire du bassin. Après cette opération, des injections répétées suffirent à la détersion du foyer, qui, trois semaines après, était totalement cicatrisé, sans que la femme eût éprouvé d'autre accident qu'une légère fièvre bilieuse. » (*Prat. des Accouch.*, tome III, page 200).

Ordinairement, dans le cas de thrombus du vagin, quand on pratique le toucher, le doigt trouve ce canal obstrué plus ou moins complétement par une tumeur qui en change la direction. Cette saillie, dure vers sa circonférence, fluctuante à son centre, ne cause pas de douleur quand on la comprime. Sa position est le plus ordinairement sur les parties latérales, quelquefois en arrière, bien plus rarement en avant; tantôt elle est circonscrite, plus souvent ses limites sont difficiles à reconnaître, et elle peut s'étendre très-loin dans le tissu cellulaire environnant, jusque autour des reins, et dans le mésentère.

« Si la tumeur survient pendant le travail de l'enfantement, selon Legouais, on pourrait la confondre avec quelque partie de fœtus. » (*Dict. des sciences médicales*, article Thrombus.)

Je n'ai pas connaissance, dit M. Deneux, que cette erreur ait été commise par des personnes de l'art, non plus que celle dont parle le docteur Dewees, qui assure cependant qu'on a pris quelquefois des tumeurs sanguines du vagin pour la poche des eaux. La plus légère attention suffira pour éviter ces deux méprises. (*Mémoire cité*, page 115.)

Ces thrombus ont quelquefois été pris pour la matrice renversée. Voici un exemple curieux d'une pareille erreur. Nous donnons tous les détails de cette observation parce que tous sont précieux. Cette observation, en effet, n'est pas seulement utile à consulter pour le diagnostic, mais encore au point de vue thérapeutique, car c'est un beau fait de guérison.

« Le 7 octobre 1786, je fus mandé à cinq heures du soir, pour voir une dame accouchée deux heures auparavant. Le travail avait duré quatorze ou quinze heures; l'enfant était d'un volume considérable. Immédiatement après l'accouchement, cette dame avait ressenti à la partie interne de la cuisse gauche, une douleur qui, suivant ses expressions, ressemblait à des milliers d'épingles qui l'auraient piquée. La sage-femme l'ayant

touchée, reconnut une tumeur qu'elle prit pour un renversement de la matrice. Je fus appelé après qu'elle eut essayé inutilement la réduction de ce prétendu renversement. Le toucher me fit reconnaître, dans le côté gauche du vagin, une tumeur qui ne m'empêcha cependant pas de parvenir jusqu'à l'orifice de la matrice et de m'assurer que cet organe n'était pas renversé. Je découvris la malade afin de mieux reconnaître la nature de cette tumeur, qui était du volume d'un très-gros œuf. J'écartai les grandes lèvres; la droite était déchirée à sa partie inférieure dans la longueur de sept à huit lignes. Je conseillai l'application de compresses trempées dans du vin tiède, et renouvelées très-souvent. Comme la malade demeurait dans la maison de M. Lesne, un de mes collègues, je le priai de vouloir bien joindre son avis au mien. Deux heures après ma première visite, j'examinai avec lui la tumeur qui, dans ce court espace de temps, avait acquis le double de son volume. Nous reconnûmes qu'elle était sanguine; elle débordait la vulve et s'étendait extérieurement jusqu'à la partie interne de la cuisse, en se prolongeant inférieurement vers le périnée et supérieurement vers le pubis. Nous conseillâmes de faire dans la vulve des injections avec la décoction de quinquina animée d'eau-de-vie, et d'appliquer extérieurement des compresses trempées dans la même liqueur. Le lendemain matin, la tumeur était une fois plus grosse que la veille, elle se prolongeait inférieurement jusqu'à la tubérosité de l'ischion, et supérieurement au-dessus du pubis; elle était d'une couleur livide, couverte de phlyctènes, et elle exhalait une odeur très-fétide; la malade, qui avait passé une nuit très-orageuse, n'avait point uriné depuis qu'elle était accouchée. La compression qu'exerçait la tumeur sur le canal de l'urètre, retenait l'urine dans la vessie et s'opposa à l'introduction de la sonde. Nous nous décidâmes à ouvrir la tumeur dans le lieu le plus déclive, ce que je fis par une incision d'environ deux pouces de long, et assez profonde pour arriver jusqu'au foyer. Il sortit aussitôt beaucoup de sang liquide, et je retirai avec mes doigts une quantité de caillots assez grande pour en remplir une jatte de moyenne grandeur. Je fis ensuite des injections d'eau tiède pour entraîner le reste des caillots au dehors. L'introduction de la sonde, tentée pour la seconde fois, fut encore impossible. Des injections de quinquina furent faites dans le vagin et dans le foyer de la tumeur, qui s'affaissa peu à peu par le dégorgement. La malade urina assez librement pour la première fois, environ trente heures après son accouchement. Les injections antiputrides furent continuées. Pour faciliter la sortie des caillots, je fis de légères pressions tant extérieurement que du côté du vagin. Je rencontrai dans ce canal une ouverture formée par la chute d'une escarre; je pénétrai par cette ouverture dans le foyer, et, introduisant en même temps deux doigts dans la plaie, je retirai encore beaucoup de sang coagulé. De fréquentes injections de quinquina corrigèrent la fétidité et arrêtèrent les progrès de la gangrène; enfin la tumeur s'affaissa peu à peu, et, au bout d'environ trois semaines, la malade fut parfaitement guérie. » (*Mémoire* de Coutouly, page 140.)

Le toucher sera pratiqué comme nous l'indiquerons dans le chapitre des maladies de matrice; cette manœuvre bien faite empêchera de confondre les thrombus du vagin avec le renversement de la matrice. En introduisant le doigt profondément, comme l'a fait Coutouly, on trouvera l'orifice de l'utérus parfaitement libre. De plus, par la palpation hypogastrique, on découvrira aisément le fond de la matrice qui n'a éprouvé aucun déplacement.

On pourrait confondre les tumeurs sanguines du vagin avec des hernies vaginales formées, soit par l'intestin ou l'épiploon, soit par la vessie. « Mais ces hernies sont des tumeurs molles, sans fluctuation, facilement réductibles. Elles diffèrent beaucoup des thrombus, comme on le voit. Les signes de la hernie de vssie, qui se tirent principalement des phénomènes qui résultent de l'accumulation et de l'excrétion de l'urine, seront très-faciles à apprécier; ils n'appartiennent qu'à cette espèce de tumeur. » (Deneux, p. 120.)

Peu fait mention d'une tumeur vaginale et hématique, qu'on aurait pu prendre, dit-il, pour une chute de l'intestin ou de la matrice. Voici le fait :

« Il survint à la femme d'un brodeur, à la suite d'une couche où ses vidanges avaient été retenues, une tumeur environ de la grosseur d'une moitié de vessie de porc, située dans le vagin, dont elle occupait toute la partie postérieure, ou, pour mieux dire, dans la duplicature de cette substance membraneuse qui lui sert de septum médian, qui le sépare du rectum, et sa partie déclive à l'extrémité du col tenait presque toute la circonférence interne de son orifice externe. Elle était douce et unie au doigt et à l'œil, de couleur livide, tendant à noirceur, à cause du sang noir et brûlé qui paraissait au travers de la tunique où il était renfermé. Faute de l'examiner, on l'aurait pu prendre pour une chute de l'intestin ou du col même de la matrice. Mais, outre que les signes propres à ces deux derniers accidents ne s'y rencontraient pas, ce qui me mit entièrement hors de doute, fut qu'ayant passé les doigts fort avant du côté antérieur de cette tumeur, je trouvai l'orifice interne renfermé et dans son état naturel. Ainsi assuré que c'était un abcès, je l'ouvris en présence de M. Bienaise, l'un de mes anciens confrères, et étant entré là-dedans comme dans une besace, j'ôtai plein un grand plat de matière qui ne faisait qu'une partie du tout, et remis l'autre au lendemain. Je lui fis de bonnes lotions avec le vin aromatique dans les deux premiers jours, puis d'autres vulnéraires et détersives selon les degrés, sans me servir de tampon, sinon à l'endroit de l'ouverture seulement, que je diminuai de jour en jour. La plaie fut refermée et parfaitement guérie en trois semaines. » (Ph. Peu, *Pratique des accouchements*, page 530.)

On peut confondre avec les thrombus les tumeurs qui viennent faire saillie dans le vagin, soit qu'elles tirent leur origine de la partie interne de ce canal ou de l'utérus, dans le tissu cellulaire du bassin, soit qu'elles reconnaissent pour point de départ un état morbide de l'ovaire ou même un calcul vésical. Ici les circonstances commémoratives seront du plus grand secours pour éclairer le diagnostic. La forme, la consistance, la situation de la tumeur, sa sensibilité à la pression, son accroissement, devront aussi être pris en grande considération, de même que sa couleur lorsqu'on pourra l'apprécier. Pour le calcul vésical, il faut se rappeler que le thrombus vaginal a bien rarement son siége dans la paroi intérieure du canal. Le cathétérisme, d'ailleurs, lèvera toute espèce de doute, et tranchera la question.

« Les erreurs commises l'ont été à une époque où ces tumeurs n'étaient pas connues, et par des personnes qui n'avaient rien lu sur ce sujet, et qui n'avaient jamais observé rien de semblable, qui n'en avaient jamais entendu parler. Aujourd'hui que l'attention a été particulièrement fixée sur cette espèce de thrombus, l'erreur est moins facile, elle serait aussi beaucoup moins excusable. » (Deneux, p. 122.)

Pronostic. La maladie que nous étudions doit être considérée comme un accident très-grave; c'est ce qui nous fera pardonner, en partie, l'étendue de ce chapitre. Sur vingt-deux fois il y a eu mort de la femme, soit pendant la grossesse, soit pendant et après le travail de l'enfantement. Quelques observateurs n'ont pas indiqué l'issue de la maladie : on peut la regarder comme douteuse; de manière que le chiffre de la mortalité pourrait bien n'être pas assez élevé. L'hémorrhagie extérieure a fait succomber les femmes dans la plupart des cas; et lorsque l'enfant n'était pas né, il a toujours succombé avec sa mère. Une seule fois, il fut extrait vivant par l'opération césarienne; mais il ne vécut qu'une demi-heure. Il n'était qu'au septième mois.

Si la mort n'est pas prompte, si ce n'est pas par hémorrhagie qu'elle a lieu, elle peut avoir lieu plus tard par la gangrène, une suppuration excessive, de mauvaise nature, la résorption de la matière purulente, et peut-être l'inflammation qui se propage aux parties voisines. Legouais a vu un épanchement sanguin fort étendu dans tout le côté gauche du bassin chez une femme morte en couches à l'hospice de la maternité. Cette femme a succombé avec tous les symp-

tômes d'une inflammation abdominale. (*Dict. des Sciences méd.*, article Thrombus.)

« Dans les cas les plus heureux, les thrombus de la vulve et du vagin sont très-fréquemment douloureux, ce qui dépend du gonflement, de la distension des parties. Ils nécessitent souvent des incisions, et exigent toujours des pansements plus ou moins désagréables. Ils donnent lieu à des suites de couches toujours plus longues. » (Deneux, *Mém. cit.*)

Nous trouvons dans la *Revue médicale* un fait qui vient à l'appui des assertions de M. Deneux.

La femme P...., détenue en la maison de justice de Rouen, a été prise de mal d'enfant le 7 avril 1828, à dix heures du matin. A une heure de relevée, elle était délivrée naturellement. Peu après, de fortes coliques sont survenues ; la malade n'en fut pas surprise, parce que, dans ses couches précédentes, elle en avait eu de pareilles. Deux ou trois heures plus tard, ces douleurs devinrent expulsives, et cependant elles n'amenèrent aucun caillot ; la matrice était d'ailleurs contractée.

Pendant un effort d'expulsion, douze heures après l'accouchement, la malade ressentit une douleur dans le côté gauche de la vulve ; cette douleur, différente des autres, augmenta, et la malade pria l'infirmière de s'assurer si elle ne verrait pas du gonflement. En effet, cette dernière aperçut une tumeur de la grosseur d'un œuf. Pendant trois heures, la tumeur augmenta de volume ; elle avait alors la forme et le volume de la tête d'un fœtus à terme. La malade n'avait plus de douleurs expulsives.

« Appelé à quatre heures du matin, dit le docteur Vingtrinier, j'examinai les parties génitales, et je vis une tumeur lisse, violacée, développée dans la grande lèvre du côté gauche ; la peau du périnée et du pourtour de l'anus participait à sa couleur ; partout il y avait une sensibilité assez vive. Il était facile de voir qu'il y avait eu rupture de quelque veine et extravasation du sang dans la grande lèvre du côté gauche, dont le tissu très-extensible avait prêté considérablement. Il n'était pas difficile de prévoir les suites immédiates et futures de cet accident, et les indications à remplir.

» La tumeur comprimait le vagin, arrêtait l'écoulement des lochies ; des caillots restaient engagés dans le vagin ; ceux-ci pouvaient arrêter le sang dans la matrice elle-même, et produire une hémorrhagie interne ; je m'empressai donc de vider le vagin des caillots qu'il renfermait, au moyen d'injections d'eau de guimauve, qu'on réitéra exactement d'heure en heure pendant la matinée.

» La tumeur était douloureuse ; il n'y avait conséquemment, dans le premier moment, que des fomentations émollientes à appliquer sur elle.

» La troisième indication était de vider cette espèce de poche, puisque l'épanchement semblait être arrêté par la stase du sang. Cependant, je ne voulus pas le faire de suite dans la crainte de voir l'hémorrhagie renaître, et d'éprouver des difficultés à l'arrêter. J'attendis donc quarante-huit heures pour remplir cette indication. Alors une incision de quatre pouces fut faite d'avant en arrière sur la tumeur, qui était déjà affaissée et à peine douloureuse. Les caillots qu'elle renfermait furent enlevés ; mais comme ils étaient isolés dans les mailles du tissu cellulaire, on n'y parvint qu'à l'aide des injections qui ont été continuées pendant plusieurs jours.

» Les suites de cet accident furent courtes et heureuses. Cependant, le tissu, qui avait subi une si grande extension, tomba en partie en gangrène ; des escarres se détachèrent. Ce travail naturel indiquait l'usage des lotions aromatiques et quelques toniques. L'emploi de ces moyens favorisa la suppuration et la cicatrisation de la plaie, qui fut complète le vingtième jour. » (Vingtrinier, *Revue médicale*, septembre 1828, page 397.)

Le siége, l'étendue des tumeurs, doivent faire varier le pronostic. Ainsi, les thrombus du vagin sont toujours plus fâcheux que ceux des grandes lèvres.

Siebenhaar redoute l'entrée des lochies par cette voie.

Cette crainte de l'entrée des lochies dans la solution de continuité est très-fondée ; elle est une indication pour les

contre-ouvertures, et justifie un procédé que nous rappellerons plus tard.

Traitement curatif. Dans le traitement curatif des tumeurs sanguines, on rencontre les partisans de l'expectation, et les fauteurs d'une chirurgie active. Hunter, Casaubon et M. Hervez sont portés pour qu'on tente la résolution de ces tumeurs, qu'on ne se décide à les ouvrir qu'à la dernière extrémité. D'autres, plus nombreux, et Kronauer en tête, prescrivent d'attaquer les tumeurs sur-le-champ avec le bistouri. Parmi les partisans de cette dernière pratique, il en est de plus ou moins actifs : ainsi, quelques-uns recommandent de faire sortir, autant que possible, tout le sang liquide ou coagulé; d'autres préfèrent abandonner son expulsion aux forces de la nature.

Mais, comme on le pense bien, il est des circonstances qui ne permettent pas d'abandonner la tumeur aux seules forces de la nature; tandis qu'il en est d'autres qui le permettent, c'est-à-dire qu'elles n'indiquent que des topiques ou des moyens indirects.

Pour un épanchement peu considérable, si la peau et la membrane muqueuse ne sont pas très-distendues, très-amincies; si la fluctuation est obscure, et les progrès du thrombus arrêtés, on doit tenter la résolution. « Sanguine interea non immodicè prolabente, dit Boër, et ecchymoseos more suffuso, natura cum maxime per industriam adjuta, aliquandiu moliri resolutionem valet. Id vero ab experientia asserere de illis modo tumoribus possum, quæ infimam præcipuè vaginam occupant, seu alterutrum labium modo » (page 325). Plus bas, Boër fait mention d'un thrombus vulvaire, qui disparut par résolution.

Voici l'extrait d'une observation recueillie par M. Deneux, qui prouve aussi la possibilité de la résolution à la faveur de quelques topiques.

« La tumeur était survenue après l'accouchement, elle avait son siége à la partie postérieure et latérale gauche de l'excavation pelvienne; elle avait le volume d'un œuf de poule qui se dirigeait de la partie inférieure du vagin vers le trou sciatique. La plus grande largeur, d'environ dix-huit lignes, se trouvait contre le périnée; sa longueur était de deux pouces; elle était partout dure, résistante, peu douloureuse lorsqu'on la comprimait seulement du côté du vagin; elle le devenait beaucoup plus lorsque cette pression était exercée en même temps par un doigt introduit dans ce canal, et d'autres doigts appliqués à l'extérieur. La peau de la fesse, vers le pli qui la sépare de la cuisse, était ecchymosée, avait une teinte violette. Je ne sentis de fluctuation en aucun endroit. Certain que la tumeur était formée par du sang infiltré, extravasé dans le tissu cellulaire, ne voyant aucune apparence d'accidents inflammatoires, j'espérai qu'elle se terminerait par résolution. Je fis continuer la position horizontale, recommandant à la malade de faire le moins de mouvements possible; on fit plusieurs fois par jour des injections émollientes dans le vagin et des fomentations sur la fesse avec l'eau végéto-minérale animée d'alcool camphré. Le ventre fut maintenu libre à l'aide de lavements. Le dixième jour, la pesanteur sur le fondement et les douleurs avaient beaucoup diminué; la malade ne souffrait que quand elle voulait changer de place dans son lit. Le quinzième jour, je pus de nouveau pratiquer le toucher; je reconnus que la tumeur avait diminué de plus de moitié; elle n'existait plus qu'à la partie inférieure et latérale gauche du bassin; elle n'était pas douloureuse. Les mouvements que la malade exécutait étaien accompagnés de gêne plutôt que de douleur. Les mêmes moyens furent continués, à l'exception des fomentations, que l'on remplaça par le baume Opodeldoch. Le vingt-deuxième jour, la malade put faire quelques pas sans souffrir; mais un peu de malaise, joint à un léger engourdissement qui de la fesse se prolongeait dans la direction du nerf sciatique, me déterminèrent à lui faire garder le repos et continuer l'usage du baume Opodeldoch. Le vingt-huitième jour, l'engourdissement avait disparu, et, au bout de cinq semaines, le rétablissement était complet. » (*Mém. cité*, p. 137 et suiv.)

Toutes les fois que les tumeurs auront peu de volume, qu'elles seront d'une dureté très-prononcée, qu'elles seront sans fluctuation, ou avec une fluctuation obscure, on devra tenter la résolution, c'est-

à-dire s'abstenir d'opérer. La dureté du thrombus, le défaut de fluctuation, indiquent que le sang est extravasé, qu'il n'est pas ramassé en foyer, que par conséquent le tissu cellulaire a plutôt éprouvé une distension qu'une dilacération. Malgré ces circonstances, s'il y avait des douleurs très-vives, on devrait renoncer aux tentatives de résolution, et évacuer le liquide épanché, seul moyen de faire cesser les douleurs.

« Une autre considération à laquelle il faudra avoir égard, dit M. Deneux, c'est l'état dans lequel se trouve la femme. Si elle est enceinte ou accouchée, rien ne s'opposera à ce que l'on tente la résolution; mais si elle est en proie aux douleurs de l'enfantement, on aura à craindre que le passage de l'enfant n'exerce sur la tumeur une compression telle que la contusion qui en résultera ne soit nécessairement suivie de gangrène. Je ne pense pas que l'on doive s'exposer à un pareil accident. » (*Mém. cité*, page 143.)

Voici l'opinion de M. Hervez de Chégoin. Après avoir rapporté un fait de rupture spontanée, ce praticien fait les réflexions suivantes : « Lors donc qu'une tumeur sanguine, même volumineuse, n'offrira de la mollesse que dans une partie seulement de son étendue ; lorsqu'elle sera limitée, ce qu'on appréciera par le toucher et par la cessation des douleurs d'expulsion qui sont propres à cet accident, on pourra attendre ; ou bien la tumeur se rompra, ou bien la résolution aura lieu, et l'on sait que des dépôts sanguins bien considérables, formés dans le tissu cellulaire des membres et du tronc, peuvent être absorbés, quelquefois très-lentement, mais complétement. Si, au contraire, la tumeur est molle presque partout, si elle s'étend de plus en plus, si la femme continue à souffrir avec cette sensation particulière qui lui fait rapporter à l'anus le siége de son mal, il faut inciser, en évitant les artères vaginales qu'on peut reconnaître à leurs battements quelquefois très-forts, tamponner si le sang continue à couler, en mesurant la force du tamponnement sur l'abondance de l'hémorrhagie. » (*Journ. univ. hebd.*, tom. VIII, page 380.)

La saignée est un des meilleurs moyens de favoriser la résorption du sang épanché ; et si la femme n'est point trop affaiblie, on ne doit pas hésiter à l'employer.

Les circonstances favorables à la résolution n'existent pas toujours. Souvent le sang, après avoir rompu un grand nombre de cellules, forme un foyer quelquefois très-considérable : la peau, les membranes du vagin, sont très-amincies. En vain tenterait-on alors la résolution ; mais il ne faut pas exagérer l'expectation, car si, malgré tous les modificateurs possibles, les parties trop distendues se déchirent, la gangrène survient, et cela au milieu des plus grandes souffrances. Les avantages reconnus d'une incision en pareille circonstance, sont de hâter l'ouverture devenue inévitable d'un foyer sanguin, et de calmer à l'instant même des douleurs très-vives. « Indicatio prima erit therapeutica, sublatio tumoris ipsius ; ad quam peragendam, incisionem convenienti instrumento consulimus, quod optimum hac in re lanceolam esse censemus ; ita enim non tantum morbus totus momento quasi citius tollitur, sed et juxta axioma, causa sublata tollitur et effectus, cessant omnia cum diris cruciatibus stipata symptomata.» (Ja Kronauer, *Dissert. inaug.*, page 18).

Blagden rapporte un fait remarquable qui prouve l'utilité d'une incision hâtivement faite : « L'accouchement n'offrit rien de saillant, si ce n'est un état de malaise que la femme ne pouvait définir, et qui avait son siége dans le côté droit ; placenta expulsé facilement. Une demi-heure après que je fus rentré chez moi, on vint me chercher en toute hâte, parce que l'accouchée éprouvait de nouvelles douleurs et se croyait au moment de se délivrer d'un second enfant. Une heure du matin sonnait. Le toucher me fit reconnaître un gonflement qui s'étendait jusqu'au périnée. Pour calmer les douleurs, qui étaient très-vives, je prescrivis des fomentations en même temps que j'administrai à l'intérieur des opiacés que je réitérai sans aucun succès. Souffrances devenues atroces, la tumeur augmentée au point d'acquérir le volume de la tête d'un enfant à terme, couleur livide. Je pensai qu'une pareille tumeur ne pouvait être formée que par du sang provenant de quelque vaisseau qui s'était rompu pen-

dant le travail et que je ne parviendrais à soulager la malade qu'en donnant issue au liquide épanché. Cinq heures du matin : j'incise, au moyen d'une lancette, la grande lèvre dans l'étendue d'environ cinq pouces. En écartant les bords de cette incision, je découvre une grande quantité de sang coagulé dont je fais l'extraction ; il s'écoula ensuite du sang liquide. La malade fut aussitôt soulagée ; je fais continuer l'usage de l'opium ; on applique sur les parties malades des fomentations et des cataplasmes émollients. La plaie fut pansée avec du cérat, et entièrement cicatrisée le vingt et unième jour après l'accouchement. » (*The Med. and Phys. Journ.*, vol. XI, 1804, p. 42.)

Ceux qui s'opposent aux incisions promptes, prétendent que, par cette pratique, on s'expose à une hémorrhagie dont on ne pourra pas se rendre maître. En temporisant, ajoutent-ils, la coagulation du sang arrêtera son écoulement ; on pourra ensuite en procurer la sortie sans danger. Une incision prématurée, disait Coutouly, ne peut-elle pas déterminer une hémorrhagie dangereuse et difficile à arrêter ? Cette crainte paraît, au premier abord, d'autant mieux fondée, qu'il existe plusieurs exemples de ruptures spontanées de thrombus de la vulve ou du vagin, qui furent suivies de pertes de sang mortelles. C'est ce que l'on voit dans les observations de Peu, de Casaubon et de Peyrilhe.

« De pareils faits, poursuit M. Deneux, semblent militer fortement en faveur de l'opinion des praticiens qui condamnent l'ouverture trop prompte des tumeurs sanguines. Mais voyons s'ils méritent, sous ce rapport, toute l'importance qu'on leur a accordée.

» Je vais commencer par prouver qu'en différant l'incision de vingt-quatre heures, de sept jours, et même de plusieurs semaines, on n'est pas toujours pour cela à l'abri de l'hémorrhagie.

» Brasdor eut occasion de voir une tumeur sanguine survenue après l'accouchement. Cette tumeur existait depuis vingt-quatre heures ; elle occupait un des côtés de la vulve seulement. Il en fit l'ouverture et il s'en évacua beaucoup de sang, il pansa mollement sans tamponner le fond de la poche ; mais le lendemain, trouvant le foyer rempli de nouveau, et voyant le sang couler assez abondamment, le chirurgien employa la charpie trempée dans une forte dissolution d'alun, ce qui arrêta sans retour l'hémorrhagie. » (*Recueil périodique*, tome I, page 369, et Deneux, pages 151 et suiv.)

Ainsi, vingt-quatre heures après l'ouverture de la tumeur, quarante-huit heures après son apparition, le sang coulait assez abondamment pour nécessiter un tamponnement particulier. Dans une observation citée dans les *Mémoires de méd. lég.*, par Chaussier, page 399, il s'était écoulé beaucoup plus de temps. Le thrombus existait depuis sept jours, lorsque l'incision fut pratiquée, et cependant, après que les caillots eurent été enlevés, le sang continua à couler de manière à affaiblir considérablement la malade, qui succomba au bout de cinq jours.

Baudelocque cite un fait dans lequel l'ouverture du foyer ne fut pratiquée que plus de trois semaines après l'accouchement ; malgré cela une hémorrhagie nécessita le tamponnement de ce foyer.

Les praticiens qui redoutent l'ouverture trop prompte des thrombus vulvaires, disent aussi que l'intégrité des parties opposera au sang qui s'épanche une résistance qui en favorisera la coagulation, et par suite empêchera qu'il ne sorte de ses vaisseaux. « Mais, dit M. Deneux, avant que les choses soient arrivées à ce point, si même elles y arrivent, en supposant que la distension des parties n'ait pas amené leur rupture, il existera un désordre considérable dans le tissu cellulaire environnant, qui, non-seulement sera infiltré de sang, mais encore se trouvera déchiré de manière à former un vaste foyer qui quelquefois s'est propagé jusque dans les régions lombaires et le mésentère. Le sang pourra s'épancher en quantité assez grande pour porter une atteinte profonde aux forces de la femme, donner lieu à des syncopes, sans qu'il s'en soit écoulé une goutte au dehors, comme on le voit dans les observations de Reeve, Chaussier, madame Lachapelle. Plus tard, l'inflammation de ce vaste foyer, la putréfaction des caillots amèneront d'autres accidents qui pourront être funestes, (Boër, Ané.)

» En ouvrant, au contraire, de bonne heure les tumeurs sanguines de la vulve, lorsque leur volume continue à s'accroître de manière à faire perdre tout espoir de terminaison par résolution, on préviendra les grands désordres dont je viens de parler. A la vérité, il pourra se faire un écoulement de sang abondant au dehors; mais ne vaut-il pas mieux qu'il en soit ainsi que de voir le sang s'infiltrer dans le tissu cellulaire? Si l'hémorrhagie est assez abondante pour que les jours de la femme soient menacés, on trouvera toujours dans le tamponnement, soit de la plaie, soit du vagin, ou des deux parties à la fois, un moyen certain de l'arrêter; et ce tamponnement sera bien préférable à la résistance des parties, sur laquelle comptent quelques auteurs. Car cette résistance peut être très-grande à la peau et aux parois du vagin, tandis qu'elle le sera moins dans le tissu cellulaire du bassin. Le sang continuera par conséquent à s'épancher dans la profondeur des organes. Avec le tamponnement, au contraire, on arrête complétement la sortie du sang hors des vaisseaux, en agissant directement sur leur ouverture. Je ne saurais donc approuver le conseil donné par Schneider et répété par Meissner, de n'ouvrir qu'au bout de vingt-quatre ou quarante-huit heures les thrombus qui se forment après l'accouchement. Je pense qu'après, comme pendant l'accouchement, il faut les inciser largement le plus promptement possible. » (*Mémoire cité*, p. 157 et suiv.)

En supposant qu'on opte pour l'ouverture immédiate de la tumeur, faut-il aussi extraire les caillots immédiatement ou attendre? Si on imitait Dewees, on laisserait la nature expulser les caillots. En agissant ainsi, Dewees croit calmer les douleurs et ne pas s'exposer à une hémorrhagie externe. « On cite, dit Dewees, des cas où l'hémorrhagie a été si considérable, après la rupture, qu'il a fallu boucher la plaie avec de la charpie et même tamponner le vagin. Je n'ai jamais vu l'hémorrhagie résulter du plan que je propose, et je ne vois pas comment elle peut avoir lieu, à moins que l'on n'ait fait des tentatives prématurées et trop brusques pour détacher le caillot. On doit avoir soin de l'éviter et ne confier sa séparation qu'aux forces de la nature. » Les faits que Dewees n'adopte pas ne sont que trop vrais, car une hémorrhagie grave peut avoir lieu, quoique l'on n'ait rien fait pour détacher les caillots.

« D'autres praticiens, en plus grand nombre, ne redoutant pas l'écoulement du sang, dont ils sont toujours sûrs de pouvoir se rendre maîtres, conseillent de débarrasser, le plus possible, le foyer de tout le sang qui s'y trouve amassé. Il faut ouvrir la tumeur, l'ouvrir sans délai, dit Siebold, et en faire sortir le sang coagulé. En agissant ainsi, on prévient la putréfaction des caillots, une suppuration longue et de mauvaise nature, la résorption de la sanie putride et tous les accidents qui dérivent d'une pareille résorption. Tous les praticiens connaissent le danger qu'il y a de laisser dans un foyer, dans une cavité où l'air a accès, une grande quantité de sang coagulé; et Pelletan, dans son beau mémoire sur les épanchements de sang, a démontré cette vérité d'une manière péremptoire. J'ai rapporté, d'après Ané et Boer, deux observations dans lesquelles les accidents résultant de la putréfaction du sang épanché sont palpables. Les femmes ont succombé à ces accidents. » (Deneux, p. 160 et suiv.)

Voici l'opinion de M. Hervez de Chegoin, consignée dans le travail déjà cité, et publié dans le *Journal hebdomadaire*.

« On a demandé si, après avoir incisé, il fallait vider la cavité des caillots qu'elle contient, ou en confier le soin à la nature. On a répondu qu'il fallait la vider pour faciliter l'accouchement, si la tumeur sanguine paraissait avant qu'il fût terminé, et après, pour éviter l'inflammation et la suppuration du foyer. C'est assurément le moyen de permettre aux parois de cette cavité de revenir sur elles-mêmes, que de la débarrasser des caillots de sang qui les tiennent écartées; mais n'est-il pas à craindre qu'en produisant sur-le-champ un si grand vide, on n'atteigne pas le but qu'on se propose, et qu'en permettant l'accès et la stagnation de l'air dans un foyer aussi étendu, on ne favorise ainsi l'inflammation et la suppuration qu'on voulait éviter? N'en est-il pas ici comme de ces abcès froids,

volumineux, qu'on n'ouvre grandement qu'après avoir diminué leur capacité par plusieurs ponctions? Ne conviendrait-il pas d'enlever seulement les premiers caillots, laissant le soin de chasser le reste au retour sur elles-mêmes des parties qui avaient été distendues; secondant leur action par des injections d'eau simple, qui entraînent les matières fétides et préviennent ces accidents d'absorption déjà signalés par de Lamotte, dans les cas où une portion du placenta est retenue longtemps dans la matrice.

» Le soin de débarrasser le foyer est indispensable pendant le travail de l'enfantement, dit M. Deneux. Nous avons vu que le gonflement des parties peut être tel que la sortie du fœtus en devienne impossible; Alix et Sédillot, entre autres, ne parvinrent à l'extraire qu'après qu'ils eurent nettoyé le tissu cellulaire de tout le sang qui y était extravasé. Ce soin n'est pas moins urgent après la délivrance, pour prévenir la rétention des lochies, l'hémorrhagie interne de l'utérus, la rétention des urines, et même rendre possible le cathétérisme.

» C'est ici que M. Rueff, dès l'année 1554, a donné le conseil d'ouvrir les tumeurs sanguines, et d'en faire sortir tout le sang coagulé.

» Cependant, dit M. Deneux, le conseil d'évacuer le foyer sanguin ne comporte pas la nécessité d'extraire jusqu'au dernier caillot, à tel prix que ce soit. Après en avoir enlevé la plus grande partie, on pourra abandonner jusqu'au pansement suivant ceux qui auront contracté de fortes adhérences. L'obligation où l'on serait de tamponner solidement, devrait seule obliger à n'en laisser aucun.»

On voit que M. Hervez n'a rien innové dans son mémoire, puisque la pratique qu'il a conseillée, avait déjà été exposée par M. Deneux.

Une hémorrhagie légère sera facilement domptée par quelques boulettes de charpie sèche introduites dans la plaie. Si c'était insuffisant, on tamponnerait plus fortement, on tremperait la charpie dans une forte solution de sulfate d'alumine. Quelquefois on devra tamponner le vagin en même temps que la plaie; c'est quand le foyer est très-grand, ou quand le sang provient d'un vaisseau situé dans l'épaisseur de la paroi vaginale. Meissner et d'Outrepont disent que le sang provient toujours des vaisseaux du vagin; ils modifient donc le tamponnement: ils introduisent dans ce canal, et laissent pendant quelques heures, une éponge qui le remplit exactement.

Il faut apporter beaucoup de soin dans le tamponnement, car il peut arriver que le lieu d'où part le sang ne soit pas comprimé; alors l'hémorrhagie se fait dans le tissu cellulaire. Que l'on ait tamponné le vagin et la plaie, ou seulement la plaie, il est important de se rappeler le conseil donné par Baudelocque, de surveiller l'utérus, et de désobstruer le vagin pour permettre l'issue des lochies si l'on s'apercevait que l'utérus se développât outre mesure.

« On a bien recommandé, dit M. Deneux, de favoriser l'écoulement des lochies au moyen d'une sonde de gomme élastique placée dans l'orifice de l'utérus, et qui serait maintenue dans cette situation par le tampon même que l'on introduirait après. Sans doute qu'en donnant ce conseil, on n'a pas fait attention à la coagulation du sang. Le plus petit caillot boucherait la sonde, et, au moment où l'on se reposerait sur elle pour prévenir l'accumulation du sang dans l'utérus, l'accouchée pourrait succomber à une perte interne. On a proposé, pour remplir le même but, des canules particulières. Mais, ou l'extrémité qui est introduite dans le vagin n'est pas très-évasée, afin de pouvoir pénétrer et demeurer dans l'orifice de l'utérus, et alors elles ne valent guère mieux que les sondes; ou cette extrémité est très-large, doit être seulement appliquée contre l'orifice de l'utérus, et dans ce cas le plus léger mouvement peut faire cesser leur rapport; le sang ne pourra s'engager dans la canule, et, au milieu d'un danger imminent on conservera une securité trompeuse. Rien ne me paraît pouvoir suppléer à une surveillance continuelle.» (*Mém.cit.*, p.172.)

Le précepte de faire sortir tout le sang coagulé implique celui de donner à l'ouverture une grande étendue. Dewees, après avoir fait plusieurs scarifications avec la lancette, pratiqua une large incision, car

la femme n'avait éprouvé des scarifications que peu de soulagement. Pacull se servit du troquart. Il fut obligé d'en venir au bistouri, c'est-à-dire à l'incision, parce que la ponction fut insuffisante pour faire sortir les caillots. Cette incision devra avoir quatre, cinq, et jusqu'à six pouces.

Outre l'inconvénient de ne permettre que difficilement le nettoiement du foyer, une ouverture étroite aurait, selon Legouais (*Dict. des sciences médicales*, art. Thrombus), celui de favoriser plus tard la formation d'une fistule dans l'épaisseur de la lèvre.

On devra faire l'incision autant que possible sur le point le plus déclive, ayant soin qu'elle comprenne les points les plus amincis. Ledran fit inciser du côté de l'intérieur de la vulve chez une femme qui souffrait pour accoucher. Il est probable qu'il a donné ce conseil parce que les parois du foyer avaient moins d'épaisseur de ce côté. On pourrait suivre ici la méthode de M. Vidal, déjà exposée quand il a été question des maladies de la vulve. Ce chirurgien préfère attaquer les grandes lèvres par leur face cutanée. Il est vrai qu'on aurait alors, dans le plus grand nombre des cas, une plus grande épaisseur de tissu à diviser. Mais la plaie qu'on a faite n'est pas baignée par les humeurs qui viennent du vagin et de la matrice, et on évite des accidents de résorption et autres.

« Si la tumeur était très-volumineuse et très-amincie, si la matière contenue était de la sérosité ou *du sang fluide*, dit M. Velpeau, on pourrait en pratiquer la ponction, y faire une injection iodée, la traiter en tout comme une hydrocèle. » (*Nouveaux éléments de méd. opérat.*, tome IV, page 350.)

Dans quelques cas l'incision de ces tumeurs peut n'être pas sans danger; si leur siége est dans l'excavation recto-vaginale, des artérioles assez volumineuses peuvent être lésées, et le bistouri divise nécessairement le péritoine. Cependant, ajoute M. Velpeau « plongeant dans ce cul-de-sac un bistouri droit, j'ai guéri une dame d'un énorme foyer sanguin, et plusieurs autres malades qui ont ensuite rendu par cette voie une quantité considérable de pus. Je dois ajouter néanmoins que, pratiquée pour des grossesses extrà-utérines dans deux cas différents, l'opération ne m'a point réussi. » (*Loc. cit.*)

Ce que nous avons avancé sur l'incision des thrombus, sur l'évacuation du sang épanché, s'applique aux cas dans lesquels la tumeur s'est ouverte par les efforts de la nature; si la déchirure est assez grande, on n'aura plus qu'à faire sortir les caillots; on l'agrandirait si elle paraissait insuffisante. On place la femme dans une situation propre à faciliter l'écoulement de ce qui peut être resté dans la plaie. Elle est soumise à un régime sévère, et on se tient en garde contre les accidents inflammatoires qui pourraient survenir et que l'on combattrait alors avec vigueur. On remédie à la constipation ou à la rétention des urines s'il y a lieu.

Il est bien entendu que l'hygiène devra être invoquée; ainsi les soins de propreté les plus grands seront mis en usage.

S'il y a des escarres gangréneuses, Dewees conseille les cataplasmes de poudre de charbon, auxquels il paraît accorder une vertu antiseptique très-prononcée. On devra préférer des injections avec les chlorures de soude ou de chaux et des pansements avec de la charpie imbibée de cette dissolution. On fera bien de faire précéder ces topiques par la décoction de feuilles de noyer. Un accident à craindre dans ces cas, c'est l'infection purulente. C'est pour s'y opposer que l'on doit s'attacher à prévenir le croupissement du pus, et à répéter les injections détersives. On rendra l'issue du pus facile par la position de la femme, ou en pratiquant des contre-ouvertures avec prudence, et en renouvelant les pansements selon que l'abondance plus ou moins grande de la suppuration paraîtra l'exiger. C'est au praticien expérimenté qu'il appartient d'apprécier les indications particulières et de diriger avec habileté les moyens divers de traitement. Si, malgré ces soins, cette redoutable complication avait lieu, il faudrait soutenir les forces par une nourriture légère, et recourir à l'administration des toniques et du quinquina en particulier.

Traitement préservatif. Puisque ces tumeurs constituent un accident si grave, il faudrait chercher à le prévenir; mal-

heureusement c'est presque toujours difficile, sinon impossible, car elles surviennent très-rapidement, et rien d'avance ne les fait soupçonner. Dans l'observation du docteur Massot, la malade était très-sanguine, et refusa opiniâtrément la saignée. Peut-être est-ce à cette cause qu'il faut attribuer le thrombus qui se manifesta chez elle, mais il arrive fréquemment que cet accident ne se présente pas chez les femmes qui se présentent dans les mêmes conditions et ne sont pas saignées. Pourtant s'il existe des varices aux parties génitales, la saignée est indiquée. Peu l'a conseillée en ces termes : « Comme les femmes d'un tempérament sanguin, ou dans qui la colère domine, sont plus sujettes, dit-il, aux varices que les autres, il faudra dans leurs grossesses ne les point épargner, c'est-à-dire leur faire de fréquentes saignées et y joindre quelques légères purgations pour éviter une trop grande plénitude (page 612). » Pendant le travail, si on découvre des veines variqueuses sur les grandes lèvres ou dans le vagin, on les soutiendra au moment de la douleur avec les doigts. C'est encore un conseil donné par Peu.

Suivant M. Deneux, dans certains cas, il ne faudrait pas se borner aux conseils donnés par Peu, et auxquels Siebold a ajouté la position horizontale de la femme, parce que, dit-il, la position verticale porterait trop de sang aux parties inférieures. Il semble à M. Deneux que l'ouverture par la lancette de l'une des veines variqueuses pourrait être très-avantageuse. « On déterminerait à la vérité, dit-il, un écoulement de sang qui peut-être n'aurait pas eu lieu; mais cet écoulement aurait peu d'importance, et il serait toujours facile de s'en rendre maître. Il en résulterait un dégorgement des veines, une détumescence des parties qui rendraient leur déchirure bien moins à craindre au moment du passage de l'enfant. Je sais bien, ajoute l'accoucheur cité, que cette déchirure produirait le même effet, mais elle peut n'intéresser que les vaisseaux, d'où résultera un thrombus; ou bien elle peut en même temps comprendre largement la membrane muqueuse; car il est impossible de savoir d'avance où elle s'arrêtera. On sera exposé alors à une hémorrhagie d'autant plus difficile à suspendre, qu'il y aura un plus grand nombre de vaisseaux lésés. Il me paraît donc très-important de prévenir cette déchirure. » (Mém. cité, p. 132.)

On ne peut espérer en effet que la nature suffise dans tous les cas pour amener une heureuse terminaison. Quelques faits même ne suffiraient pas pour que l'on pût se reposer sur ses efforts; D'Outrepont a publié une observation curieuse, et qui peut servir de guide au praticien dans l'occasion.

« Une femme, d'une constitution molle et lymphatique, déjà mère de deux enfants, avait le long des cuisses et des jambes, aux grandes lèvres et dans le vagin, une grande quantité de varices, dont l'une, située dans le vagin, était surtout d'un volume très-remarquable. Le travail de l'enfantement se déclara au terme de sa troisième grossesse, et suivit d'abord une marche régulière; la tête s'engageait peu à peu dans l'excavation pelvienne; mais la varice du vagin augmenta de plus en plus de volume, finit par se rompre et par déterminer une hémorrhagie très-abondante. Ce fut en vain qu'on employa le tampon et qu'on espéra de l'avantage des progrès du travail qui faisait avancer la tête. La persistance de l'hémorrhagie, la débilité croissante de la femme, et la cessation des contractions de l'utérus obligèrent de recourir à l'usage du forceps. Au moyen de cet instrument, l'enfant fut extrait vivant et sans difficulté; l'hémorrhagie, qui avait persisté jusque-là, fut arrêtée sans retour par le tamponnement, et les suites des couches furent très-heureuses. » (D'Outrepont, (*Mémoires et matériaux concernant l'art des accouchements*, tome Ier, page 202.)

Ce fait de d'Outrepont montre combien il est urgent de terminer immédiatement l'accouchement dès que les vaisseaux sont dégorgés. En temporisant, en voulant le confier à la nature, on pourrait faire naître une hémorrhagie difficile à arrêter, car la pression de la tête de l'enfant et les efforts de la femme tendent à perpétuer la perte de sang : si on réussit à la suspendre, les vaisseaux peuvent se remplir de nouveau et se rompre, et on n'aurait obtenu aucun avantage.

ARTICLE V.

Chute ou prolapsus du vagin.

Le vagin peut, comme le rectum, se relâcher et éprouver une procidence, une *chute*. Dans le plus grand nombre des cas, ce déplacement est lié à un prolapsus plus ou moins prononcé de la matrice; alors il n'est que secondaire, symptomatique. Il coïncide aussi avec le rectocèle et le cystocèle vaginal avec lesquels beaucoup d'auteurs l'ont confondu. « Mais parfois aussi, il semble bien que les parois de ce canal (le vagin) s'allongent par l'effet d'une cause résidant en elles-mêmes, quand, par exemple, l'utérus reste à sa place, tandis que la surface interne d'une portion du vagin descend vers la vulve et vient former, entre ses lèvres, un cercle mollasse et rouge, parfois saillant au dehors. Dans un cas, rapporté par M. Cruveilhier, on pourrait croire que le vagin, en se renversant ainsi, avait allongé le col de l'utérus; du moins ce col était-il excessivement long et réellement hypertrophié; mais était-ce par tiraillement? la chute du vagin était-elle cause ou effet de la déformation de l'utérus? Nous pencherions plutôt vers la deuxième explication que vers la première. Cet allongement du col peut bien d'ailleurs être consécutif au déplacement de l'utérus quand ce déplacement est très-ancien, que la difformité s'est aggravée peu à peu, et peu à peu a forcé une portion de la vessie et du rectum à descendre, comme le museau de tanche, vers un point où la résistance était vaincue, le fond de la matrice étant, comme le corps de la vessie et du rectum, retenu à une certaine hauteur par ses liens naturels déjà fort allongés. C'est ce qui ressort de l'examen des figures données sur un cas pathologique de ce genre par M. J. Cloquet (1) : aussi ne pensons-nous pas que jamais un degré extrême de prolapsus vaginal puisse avoir lieu sans prolapsus utérin; mais s'il n'en est pas ainsi d'un prolapsus modéré, à plus forte raison l'exception sera-t-elle acceptable pour un prolapsus partiel. » (Boivin et Dugès, *Maladies de l'utérus*, tome II, p. 595.)

(1) Thèse de pathologie chirurgicale, pl. VIII, fig. 1, 2, 3.

Causes. — Les circonstances qui favorisent ce déplacement sont l'ampleur du bassin, la largeur de la vulve et le relâchement des parties génitales. « Tout ce qui affaiblit le tissu de la membrane muqueuse vaginale prédispose à cette maladie; ainsi les flueurs blanches abondantes et habituelles, les pertes utérines, l'abus des injections tièdes, le séjour dans des endroits bas et humides, l'infiltration du système utérin pendant la grossesse. Il est utile de faire remarquer que la chute du vagin n'est pas toujours l'effet du relâchement de la membrane muqueuse; en effet, elle peut être produite aussi par des congestions de diverse nature qui engorgent et repoussent cette membrane vers la cavité vaginale. On trouve les causes occasionnelles du renversement de ce canal dans tout ce qui peut pousser ou entraîner sa membrane interne au dehors, quand elle est déjà flasque, molle et engorgée; tels sont les efforts violents et répétés pour aller à la garde-robe, pour expulser le produit de la conception; le froissement que cette membrane éprouve pendant le travail de l'enfantement, surtout lorsqu'il est laborieux ou prolongé; enfin, le renversement du vagin peut provenir de l'implantation d'un polype sur ses parois. » (Murat, *Dict. des sciences médicales*, t. LVI, p. 475.) Selon Dugès et madame Boivin, si, à la suite d'un accouchement pénible ou même assez facile, la femme se lève trop tôt ou abuse, après quelques jours de repos, du retour de ses forces, il arrive bien souvent qu'elle ne tarde pas à se plaindre de pesanteur vers la vulve. Il faut joindre à ces causes l'abus du coït dans une position où les rôles des sexes se trouvent renversés.

Variétés, degrés, symptômes du prolapsus vaginal. Comme pour les déplacements du rectum, il y a des cas où c'est seulement la membrane muqueuse qui se déplace, parce que les liens qui l'unissent aux autres parties du vagin ont été relâchés. Il est des cas aussi où toutes les parois du vagin sont dans un état de prolapsus; mais alors il est bien rare qu'il n'y ait pas un autre déplacement de la matrice, de la vessie, ou du rectum. Il n'y a donc plus alors seulement *inversion*,

prolapsus du vagin, mais *hernie vaginale* ou chute de matrice.

Le prolapsus du vagin peut être *partiel* ou *général*. Le prolapsus *partiel* a lieu quand il n'y a relâchement que sur un point de la circonférence du vagin. Ce relâchement porte ordinairement sur le point le plus antérieur du cercle vulvo-vaginal. En effet, ceux qui, par leur position, examinent beaucoup de femmes, voient souvent la partie du vagin qui correspond au commencement de l'urètre faire saillie, se montrer à la vulve sous forme d'une tumeur molle avec des sillons transversaux. Le prolapsus du vagin est *général* quand il y a relâchement sur tous les points de la circonférence de cet organe. Il présente alors trois degrés qu'on a appelés : relâchement, descente, chute.

Premier degré ou relâchement. On trouve sous l'arcade pubienne, à peu de distance de l'orifice vulvaire, un bourrelet ou tumeur molle, indolente, plissée ; à son centre, le doigt explorateur découvre le col de la matrice, qui est souvent plus bas qu'à l'ordinaire; quand la femme est debout ou assise, elle éprouve des tiraillements dans la région des reins, des pesanteurs sur le fondement, et diverses incommodités qui cessent par la position horizontale.

Deuxième degré ou descente. La tumeur vaginale descend de plus en plus, se présente à l'entrée de la vulve entre les grandes lèvres. Cette tumeur est surtout prononcée, saillante lorsque la femme s'est tenue longtemps debout ou pendant la marche ; elle est ovale, lisse, mollasse et indolente. Les incommodités et les accidents du premier degré se reproduisent dans celui-ci, mais avec plus d'intensité. La réduction de la tumeur se fait ordinairement d'elle-même lorsque la femme est couchée, ou bien elle rentre facilement par un léger taxis. Quand le déplacement est ancien, la tumeur durcit quelquefois et devient alors irréductible ; elle peut s'enflammer, s'ulcérer. (Baillie, *Anatomie pathologique*.)

Troisième degré ou chute. La tumeur ne rentre jamais complétement par la position, quelle que soit celle que la femme prenne. Il y a des tiraillements d'estomac, des douleurs vives, un sentiment de pesanteur vers les lombes et l'hypogastre, du ténesme, et même une rétention d'urine plus ou moins prononcée. La tumeur est exposée à s'excorier par le contact de l'urine et par le frottement des cuisses, des vêtements; elle peut s'enflammer et tomber en mortification. (Heister, Solingen, Nollet.)

Diagnostic. Parvenu à son dernier degré, le prolapsus du vagin a beaucoup de ressemblance avec celui de la matrice. « Les symptômes de ces deux maladies sont à peu près les mêmes, et plusieurs fois on les a prises l'une pour l'autre : on évitera cette méprise en ayant égard aux circonstances suivantes. La tumeur formée par le déplacement du vagin présente partout la même dureté ; elle est ordinairement plus large à son extrémité inférieure, et l'ouverture qui s'y remarque est fort irrégulière. Dans la chute de la matrice, au contraire, la tumeur est peu dure dans sa partie supérieure; elle est communément terminée par une extrémité étroite en manière de museau de tanche, et l'ouverture qu'on y aperçoit est placée en travers. Ajoutez à cela qu'il est toujours, ou presque toujours impossible d'y introduire le doigt, tandis qu'il pénètre facilement dans celle qui se trouve à l'extrémité de la tumeur formée par la chute du vagin. » (Boyer, *Maladies chirurgicales*, tome x, 4e édit., page 466.)

Traitement. La chute récente du vagin est facile à réduire et à maintenir avec un pessaire. On pourra encore employer pour cela des lotions astringentes. Mais lorsque l'infirmité est ancienne, il n'est facile ni de réduire entièrement, ni d'empêcher la récidive de la maladie. Il faut dans ce cas, surtout s'il y a irritation, appliquer des topiques relâchants et adoucissants, et recommander à la malade de garder le lit et de porter un bandage en T, au moyen duquel elle soutiendra une éponge appliquée contre l'orifice du vagin.

« Lorsqu'une chute du vagin existe depuis longtemps, dit S. Cooper, on doit s'attendre à éprouver de la difficulté pour la réduire, parce que, dans ce cas, les parois du vagin se tuméfient et s'endurcissent. Hoin et Levret disent qu'on vint à bout

de réduire tellement le volume d'une chute de vagin de sept pouces de saillie, en maintenant la malade continuellement couchée sur le dos, qu'au bout d'un mois, on put faire rentrer le reste de la tumeur. On ne peut douter, dit Richter, que la méthode suivie par quelques auteurs pour opérer la réduction des hernies épiploïques volumineuses ne convienne aussi dans le cas dont il s'agit. Or, on sait que cette méthode consiste à faire coucher les malades sur le dos, les fesses un peu élevées; à maintenir une douce pression sur la tumeur, à soumettre la malade à une diète prolongée, et à lui administrer des purgatifs mercuriels.

» C'est pendant l'accouchement que la chute au troisième degré peut être un obstacle grave et exposer la femme à quelque danger. Dans un cas de cette espèce, où la tumeur faisait une saillie de cinq pouces, la position de l'enfant ayant nécessité qu'on en fit la version, le vagin fut déchiré : cependant la femme recouvra la santé. (Pietsch, *Journ. de méd.*, t. I.)

» Une autre fois le vagin éprouvait une chute à chaque accouchement, faisait une saillie grosse comme la tête d'un homme. L'accoucheur réussit à terminer l'accouchement en soutenant les parties herniées, tandis que l'on fit l'extraction de l'enfant avec le forceps. (Loder, *Journ.*, liv. I, p. 490.) Quand cette manœuvre est impraticable, il faut, suivant Richter, faire une incision sur les parties latérales de la tumeur formée par la chute du vagin. On devra, dit ce chirurgien, d'autant moins craindre de faire cette opération, que l'on a vu, dans des circonstances semblables, le vagin dilacéré sans qu'il en fût résulté des conséquences fâcheuses.

» Si la membrane interne du vagin fait saillie depuis peu de temps seulement, on peut y remédier au moyen de lotions astringentes; mais lorsque cette infirmité est ancienne et que la membrane a acquis une certaine épaisseur, le moyen que nous indiquons ici ne peut être employé avec succès.

» Richter ne voit pas pourquoi on ne ferait pas dans ce cas l'excision de cette membrane, surtout quand elle est le siége d'excoriations ou d'ulcérations. On voit que le rapprochement entre la chute du vagin et celle du rectum est ici complété par cette manœuvre opératoire qui est, comme on le sait, proposée pour guérir une forme de prolapsus du rectum. Nous y reviendrons. Il est évident, ajoute Richter, que l'on pourra guérir le prolapsus de la membrane interne du vagin, quand il est borné à ce canal, en l'excisant avec l'instrument tranchant, ou le faisant tomber avec la ligature. » (Sam. Cooper, *Dict. de chirurgie*, t. II, p. 590.)

Madame Boivin et Dugès parlent très-succinctement du traitement de ce prolapsus. « Une éponge, disent-ils, peut suffire dans quelques circonstances, et surtout quand le relâchement est partiel et peu considérable ; s'il en était autrement, cette éponge devrait recevoir un volume et une forme appropriée; au besoin, elle serait *soutenue par un fil de fer ou d'argent caché dans son intérieur.* C'est effectivement ce que l'un de nous (Dugès) croit pouvoir suppléer à toute espèce de pessaire, soit à tige, soit sans tige ; et cette méthode a le grand avantage qu'on trouve partout les matériaux propres à confectionner ces instruments, que le chirurgien peut les fabriquer lui-même ou les faire faire sous ses yeux, en les appropriant exactement au cas qui les requiert, et sans être obligé, par conséquent, de choisir, parmi des instruments de fabrique, celui qui semble pouvoir *à peu près* remplir les indications. Le pessaire en boule ou en bondon, les pessaires élytroïdes, les éponges sphériques ou cylindroïques, soutenues par un fil métallique en spirale, et supportées par une tige, si on le juge nécessaire, conviendront exclusivement dans les prolapsus partiels qui dépendent de l'impulsion portée sur l'une des parois du vagin par des organes voisins, tendant à se déplacer, par des tumeurs de nerfs développées dans ses parois ou à ses alentours. » (*Maladies de l'utérus et de ses annexes*, tome II, page 597.)

Nous avons déjà dit que l'analogie pathologique entre le renversement du vagin et la chute du rectum devait conduire à des opérations analogues, et nous avons cité Richter, qui a positivement proposé

l'excision. M. Dieffenbach (1) a pensé aussi qu'on pourrait appliquer à ce prolapsus la méthode de Dupuytren pour la chute du rectum. M. Dieffenbach commence donc par opérer la réduction de l'organe ; puis, pour en prévenir la rechute, il excise autour de son ouverture vulvaire les plis relâchés de la face interne des grandes lèvres ou du périnée. On fait cette excision avec des pinces et de bons ciseaux. Les replis qu'on enlève doivent former autant de rayons qui doivent avoir le vagin pour centre, et leur extrémité pénétrera d'un demi-pouce ou d'un pouce dans l'intérieur de ce canal. Le pansement consiste à nettoyer chaque jour les petites plaies, ou si, pour obtenir une cicatrice inodulaire, on tient à les faire suppurer, à l'introduction d'une mèche un peu volumineuse, dont la base fournirait aisément un petit faisceau à chacune des incisions. Le but de cette opération est de rétrécir la vulve et l'entrée du vagin, en donnant à ces parties un degré de résistance qu'elles avaient perdu depuis longtemps.

L'excision d'un lambeau elliptique de la muqueuse du vagin par le procédé de MM. Hall et Heming (2), et la réunion immédiate de la plaie par la suture, conviendraient évidemment moins que l'opération précédente au renversement du vagin. Nous exposerons ce procédé quand il sera question des déplacements de l'utérus. « Si le renversement était ancien, si la tumeur avait subi une dégénérescence, une transformation telle que la réduction en fût complétement impossible, comme la chose paraît avoir existé dans le cas que M. Bérard jeune a fait connaître, et que la malade voulût absolument en être débarrassée, il n'y aurait évidemment d'autres ressources que l'extirpation à lui opposer. Malheureusement il est difficile, en pareil cas, d'acquérir la certitude que le vagin seul est tombé, que l'utérus n'est pas compris dans la masse, en sorte que l'opération ne laisserait pas que d'offrir de graves dangers. Du reste, on la pratiquerait comme il sera dit en parlant de l'ablation de l'utérus, soit qu'on crût devoir employer l'instrument tranchant, soit qu'on aimât mieux recourir à la ligature. » (Velpeau, *Médecine opératoire*, tome IV, 2e édition, page 360).

(1) Gazette médicale, 1834, tome II, page 20.
(2) Lond. med. gaz. — Gaz. méd. de Paris, 1832, p. 32.

ARTICLE VI.

Hernies vaginales.

Nous décrirons dans cet article tous les déplacements qui donnent lieu à une tumeur sortant par le vagin, en laissant de côté la tumeur formée par le déplacement de la matrice et qui ne peut être étudiée qu'au chapitre relatif aux maladies de cet organe. Dans le prolapsus qui vient d'être décrit, il n'y a de déplacé que les parois du vagin : ici la tumeur est formée par d'autres éléments :

1° Par des organes contenus dans l'abdomen : c'est la *hernie par le vagin ;*

2° Ou bien la vessie a été entraînée ; c'est le *cystocèle* vaginal ;

3° Enfin le rectum fait saillie dans le vagin et sort par la vulve ; c'est le *rectocèle* vaginal.

§ 1. — Hernie par le vagin. (Hernie vaginale des auteurs.)

Cette hernie n'est autre que la hernie incomplète de la vulve. Ainsi, pour comprendre en entier son histoire, il faudra se reporter au chapitre que nous avons consacré aux maladies de la vulve. La première histoire un peu circonstanciée de cette hernie appartient à Garengeot ; on la trouve dans le 1er vol. in-4° de l'ancienne Académie de chirurgie, page 707. La hernie était complète, c'est-à-dire vaginale et vulvaire en même temps.

« La hernie vaginale, dit Ast. Cooper, se forme dans l'espace compris entre l'utérus et le rectum, lieu dans lequel s'engagent les intestins. Cet espace est fermé en bas par le péritoine qui forme un cul-de-sac en se réfléchissant de la partie postérieure du vagin sur la partie antérieure du rectum : entre ce cul-de-sac péritonéal et le périnée se trouve un tissu cellulaire lâche. La pression de l'intestin sur cette partie du péritoine la déprime en bas vers le périnée, mais plus tard, étant arrêtée dans sa marche ultérieure en ce sens, elle presse contre le vagin et pousse en avant la paroi postérieure de ce conduit.

» Quand on dissèque cette hernie, on trouve d'avant en arrière, 1° la paroi postérieure du vagin ; 2° un feuillet du péritoine ; 3° enfin, l'intestin contenu dans le sac péritonéal, entre le vagin et le rectum.»

(Ici Cooper avoue franchement qu'il n'a jamais fait de dissection.)

« La première fois que j'ai réfléchi sérieusement à cette variété de hernie, j'étais étonné qu'elle ne s'observât pas très-fréquemment. Les intestins grêles, en effet, plongent toujours dans le bassin, et le repli péritonéal est trop faible pour pouvoir supporter une pression considérable. Je pense que le motif pour lequel cette hernie est rare proportionnellement aux autres, c'est l'obliquité du bassin, obliquité qui est défavorable à sa production. »

L'annotateur de Cooper ajoute :

« L'attitude verticale et les efforts des muscles abdominaux ainsi que du diaphragme, en pressant les viscères entre les issues du bassin, semblent très-propres à produire fréquemment des hernies pelviennes. Mais un fascia d'une grande résistance protége ces ouvertures contre la formation des hernies. C'est cette circonstance qui rend l'espèce des hernies dont il s'agit ici, rares même chez la femme.

» Ce fascia pelvia paraît se continuer avec le fascia iliaca, et particulièrement avec la partie de ce fascia qui reçoit l'insertion du petit psoas. M. Cloquet en a donné dans ses recherches une description prise sur la nature, et qui paraît très-exacte ; passant dans le bassin à la partie supérieure duquel il est attaché, ce fascia forme un large cul-de-sac qui soutient le péritoine de tous les côtés, ne laissant d'ouvertures que pour les divers organes. »

D'après ce qui avait lieu dans le cas que nous citerons, aussi bien que dans ceux qui ont été communiqués à Cooper par le docteur Sims, « il est évident que ces hernies renferment l'intestin et qu'elles sont formées d'une manière exclusive par ce dernier ; car, bien que l'épiploon ait assez de longueur pour atteindre dans cette partie du bassin, il est cependant habituellement situé entre les intestins et la paroi antérieure de l'abdomen. » (*OEuvres chirurgicales* de A. Cooper, page 360.)

Causes. Les causes de cette hernie sont les mêmes que les causes des hernies en général, et en particulier des hernies périnéales et vulvaires. Les prédispositions à ces deux dernières hernies et à celles qui nous occupent maintenant, doivent tenir à des relâchements, des défauts dans l'aponévrose du bassin décrite par M. Cloquet et que nous avons rappelée tantôt. Tous les efforts possibles, et surtout ceux de l'accouchement, sont très-favorables à la production de cette hernie. « On les observe principalement chez les femmes qui ont eu plusieurs enfants ; quelquefois aussi elles paraissent pendant la grossesse et même chez les femmes qui n'ont jamais été mères et presque toujours à l'occasion d'une chute sur le siége ou d'un effort violent pour lever un fardeau, pour aller à la selle. » (Sanson, *Dict.* en 15 vol., tome IX, p. 611.)

Symptômes. Cette hernie débute comme les hernies vulvaires et les hernies du périnée. Mais quand le déplacement a commencé de se faire, si le vagin résiste moins que les tissus qui l'entourent, ce qui a lieu surtout chez les femmes qui ont eu plusieurs enfants, il cède ; alors le point de ses parois dont la résistance est vaincue, repoussé dans le canal, coiffe le sac péritonéal.

La tumeur est arrondie, à large base. « Elle se réduit avec une grande facilité ; les caractères généraux y sont par conséquent bien prononcés. Si elle devient volumineuse, la pression qu'elle exerce sur le rectum et l'urètre pourra donner lieu à la constipation, à la difficulté d'uriner : ainsi, la malade observée par Garengeot ne pouvait uriner que quand elle était couchée sur le dos. » (Vidal, *Pathol. ext.*, tome V, page 78.)

Voici une observation de Ast. Cooper qui vaut mieux qu'une description générale qui ne porterait pas sur des faits suffisamment nombreux.

« Une femme, âgée de vingt ans, et qui n'avait jamais eu d'enfants, me consulta à l'occasion d'une tumeur qui faisait saillie dans le vagin.

» La malade étant placée sur le dos, les

épaules un peu élevées, je pratiquai le toucher dans cette attitude; je sentis un peu au-dessus de la vulve une tumeur dont le volume était égal à celui d'une petite bille de billard. Cette tumeur siégeait à la partie postérieure du vagin, mais un peu à gauche. Elle était élastique et nullement douloureuse au toucher. Une compression modérée la faisait rentrer facilement, mais elle se reproduisait par la toux. Quand la malade se plaçait sur les genoux, la tumeur devenait plus tendue et beaucoup plus volumineuse qu'auparavant. Pendant la toux, la tumeur se dilatait comme cela a lieu dans les autres hernies, mais ici l'accroissement était proportionnellement beaucoup plus considérable. Après cet examen, ayant fait reprendre à la malade le décubitus sur le dos, je réduisis la tumeur complétement, en tenant les doigts appliqués pendant près d'une demi-minute sur la partie postérieure du vagin. Ayant ensuite porté plus haut les doigts dans le vagin, au-dessus du siége de la tumeur et près de l'orifice utérin, j'exerçai une pression sur le vagin vers le rectum, je prescrivis à la malade de tousser, et la tumeur ne se reproduisit pas. Les doigts étant maintenus dans la même place, et la pression étant continuée, j'engageai la malade à se lever; et tant que la pression fut maintenue, la hernie ne reparut pas. Mais immédiatement après que les doigts eurent été retirés, elle se reproduisit aussi volumineuse qu'auparavant. Cette hernie avait pour effets habituels, chez cette malade, de la rendre incapable de prendre beaucoup d'exercice, et par conséquent de pourvoir aux besoins de son existence. Toutes les fois, en effet, qu'elle se livrait à un exercice forcé, elle éprouvait une sensation de chute intérieure, de déplacement en bas (bearing down), comme si quelque chose allait crever à travers la partie. » (A. Cooper, *loc. cit.*)

Selon Sanson, le peu d'épaisseur et la faiblesse des parois du vagin, la largeur du pédicule de la hernie, et par conséquent de la communication du sac avec la cavité du péritoine, rendent à peu près impossible la formation d'un véritable étranglement. Cependant voici un passage qui prouve l'existence de cet étranglement.

« La descente des intestins et de l'épiploon entre le vagin et le rectum produit une espèce de hernie dont il existe peu d'exemples. Cette hernie est susceptible de s'étrangler. Une domestique, en parfaite santé, fut saisie tout à coup des symptômes d'une hernie étranglée, quoique, après les recherches les plus exactes, il ne parût pas qu'elle avait alors, ou qu'elle avait eu auparavant une hernie. Tous les moyens employés pour la soulager furent infructueux; elle expira le troisième jour de sa maladie. A l'ouverture de son corps, on trouva entre l'utérus et le rectum, dans un état gangrené, une portion considérable d'intestin qui était bornée et comprimée dans cette situation, par une bride membraneuse qui passait du fond de la matrice à la partie opposée du rectum. » (Diemann, *Introd. à la pratique des accouchements*, tome I, p. 175.)

Traitement. Jusqu'à ce jour on n'a tenté que le traitement palliatif qui consiste dans la réduction et la contention de la tumeur. « Pour pratiquer la réduction, on commencera par vider le rectum à l'aide de lavements, et, la malade étant couchée sur le dos, la tête et la poitrine beaucoup plus basses que le bassin, et les cuisses fléchies, le chirurgien introduira la main, graissée, dans le vagin; il fera ensuite varier la position du corps, afin de le placer définitivement dans celle où la matrice pèse le moins sur la tumeur, après quoi il pressera celle-ci légèrement du bout des doigts ou entre deux de ses doigts s'il peut la saisir, comme pour la vider dans l'abdomen. Ces manœuvres, dirigées avec prudence, et aidées d'injections ou de fumigations émollientes, réussissent toujours à replacer les viscères. Il est probable que, si la hernie avait lieu à travers la partie supérieure et postérieure du vagin, il y aurait de l'avantage à faire placer la malade sur les genoux, la tête et la poitrine fort basses. La hernie réduite, on doit la contenir à l'aide d'un pessaire cylindrique. » (Sanson, *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, tome IX, page 611.)

On peut voir dans le travail de Garengeot qu'il contint la hernie vaginale,

qu'il observa, au moyen d'un pessaire en bourdon. (*Acad. de chir.*) Avant Garengeot, Arnaud avait employé le même moyen avec un égal avantage.

Une éponge fine et volumineuse contiendrait mieux et gênerait moins; elle nous semble bien préférable; s'il y avait étranglement, et qu'il fallût opérer, on pourrait, selon M. Vidal, se servir avec avantage de son spéculum à une seule valve qui serait glissé entre la paroi libre du vagin et la hernie, pour mettre celle-ci à découvert. On inciserait ensuite ces enveloppes; et si l'index ne pouvait pas dilater assez l'orifice du sac, on aurait recours au débridement multiple qui serait pratiqué avec toutes les précautions indiquées dans le cas de hernies de la grande lèvre et du périnée. Nous ne connaissons qu'une opération pratiquée pour une hernie vaginale, c'est celle de Petrunti, dont il est question dans la *Gazette médicale* (1826, page 424), et encore ce fait est révoqué en doute. Ainsi M. Velpeau dit très-explicitement que la prétendue hernie vaginale opérée par Petrunti pourrait bien n'avoir été qu'un abcès recto-vaginal. (*Méd. opér.*, tom. IV, page 244.)

§ 2. — Cystocèle vaginal.

Une observation remarquable de cette hernie se trouve dans l'ouvrage de Leblanc (*Précis d'opérations de chirurgie*, tome II, page 368.) Ce cas est fort important au point de vue du diagnostic. Une femme, sept jours après l'accouchement, fit un effort et éprouva une douleur telle, qu'elle tomba en syncope. Il apparut une tumeur dans le vagin qui fut prise pour la tête d'un enfant. Chaussier arriva, reconnut l'erreur du praticien qui était auprès de cette femme, et empêcha l'application des fers qui avait été résolue.

Ruysch avait déjà parlé d'une femme qui avait un cystocèle avec chute de matrice; dans la poche herniaire formée par la vessie était un grand nombre de calculs. Duverney a pu, un des premiers, faire l'anatomie pathologique de cette hernie, car il la rencontra sur le cadavre d'une femme qui avait une chute de vagin, laquelle avait entraîné l'utérus et la vessie. (Verdier, *Mém. de l'Acad. de chir.*, tome II, page 28.) Dans sa *Médecine opératoire* (tome III, page 653), Sabatier mentionne une femme qui, au troisième mois de sa grossesse, éprouva des symptômes d'une rétention d'urine. D'abord on ne donna pas assez d'attention à ces symptômes. Mais bientôt apparut une tumeur dans la vulve qui provenait de la paroi antérieure du vagin. La pression sur cette tumeur, puis le cathétérisme, pratiqué par Sabatier, cathétérisme qui évacua une grande quantité d'urine, ne laissa plus aucun doute sur la nature de la maladie.

Quoique rare, comme l'ont avancé Roche et Sanson (tome IV, page 602), Boyer et Richerand, comme l'ont déclaré MM. Marjolin, Moreau, P. Dubois, cette affection a cependant été observée douze fois par M. J. Cloquet (Jobert, *Mémoires de l'Acad. de méd.*, t. VIII), et M. Velpeau en a présenté un cas remarquable à la même Académie dans la séance du 11 août 1835. Madame Rondet et M. Rognetta ont étudié d'une manière particulière cette descente. Enfin M. Jobert en a fait le sujet d'un mémoire que nous venons de citer et que nous mettrons à profit.

Causes. Le cystocèle vaginal est plus fréquent chez les femmes qui ont eu des enfants et principalement chez celles qui en ont eu un grand nombre; car ce n'est pas tant à la difficulté de l'accouchement qu'au nombre des grossesses, qu'est attribuée la fréquence de cette maladie. En effet, le plus souvent on l'a observée chez des femmes dont l'accouchement avait été heureux, ce qui peut s'expliquer par l'agrandissement de la vessie ou du moins de ses diamètres transverses.

L'anatomie pathologique sert également à prouver que cet organe peut se déplacer sur les côtés du vagin, et même dans les grandes lèvres, tout en faisant saillie dans l'intérieur de ce conduit et à l'extérieur de la vulve. Allan Burns de Glascow a constaté une pareille hernie en disséquant le cadavre d'une femme dont il a rapporté l'observation (Actes de la Société d'Édimbourg, 1824.)

Symptômes, caractères et mécanisme de cette hernie. « La tumeur formée par le prolapsus est d'une étendue très-varia-

ble. Burns a observé une femme chez laquelle le diamètre transverse avait acquis une augmentation considérable. Tantôt il semble que la tumeur est développée aux dépens de la portion de vessie correspondante au col; tantôt, au contraire, c'est vers la partie voisine de l'utérus. Presque toujours le col vésical est déplacé, d'où difficulté et même impossibilité dans l'excrétion des urines. La matrice est entraînée par la portion de vagin herniée ; aussi cette espèce de cystocèle est-elle toujours accompagnée de chute de l'utérus.

» Les parois de la tumeur paraissent éprouver des changements dans leur épaisseur : c'est ainsi que chez nos malades nous avons constaté un épaississement notable de la muqueuse et de l'épithélium. Dans le but de saisir le mécanisme de la formation des cystocèles, M. Rognetta a tenté des expériences sur le cadavre, et il serait arrivé à produire un cystocèle vaginal artificiel par des injections faites à différentes reprises dans la vessie, et en agissant sur la paroi antérieure du vagin au moyen d'une sonde d'homme pour en affaiblir la résistance. Chez les jeunes filles la production de la tumeur a été à peu près impossible, tandis qu'elle a été facile chez les vieilles femmes. M. Rognetta conclut de ce fait qu'il faut une certaine laxité de la paroi antérieure du vagin pour que la tumeur puisse être possible. La réplétion de la vessie, la pression qu'elle supporte dans la grossesse, agissent, suivant cet expérimentateur, d'une manière efficace pour déterminer l'affaiblissement favorable à la production du cystocèle. J'ai fait aussi plusieurs expériences sur le cadavre, et il m'a semblé que le déplacement du vagin était produit par le relâchement des moyens d'union qui existent entre cet organe et les parties environnantes, comme par exemple l'aponévrose qui se prolonge du col de la vessie et de la paroi postérieure du pubis sur les côtés du vagin; ce qui me paraît expliquer l'abaissement de la paroi antérieure de ce conduit, car je ne crois pas qu'il y ait, à proprement parler, affaiblissement de ses parois; c'est, du reste, ce qu'il nous a été facile de constater sur les femmes que nous avons opérées. Chez elles, il y avait plutôt hypertrophie que faiblesse de la cloison. La réplétion de la vessie et la grossesse ne paraissent donc agir que par la distension qu'elles font éprouver à ces fibres aponévrotiques qui s'allongent au point de perdre leur élasticité. D'après cette manière d'envisager les choses, on ne saurait admettre comme cause possible du cystocèle l'unique affaiblissement des fibres du vagin ». (Jobert, *Mém. de l'Acad. de médecine*, tome VIII. Rognetta, *Mém. sur le prolapsus*.)

Nous avons déjà parlé de l'excrétion urinaire qui subit des modifications en rapport avec les changements de position de l'urètre et de la vessie; ainsi l'urine coule involontairement chez les sujets dont l'urètre paraît dilaté; elle coule goutte à goutte, ou bien il y a une rétention plus ou moins prononcée, lorsque le canal forme un angle plus ou moins ouvert. Or, les besoins fréquents d'uriner sont dus à la déplétion incomplète de la vessie et aux tiraillements incessamment exercés sur elle : tiraillements qui sollicitent ces contractions. Des modifications dans la durée du séjour de l'urine dans la vessie doivent amener des changements dans l'aspect, la composition de l'urine. Ainsi elle exhale une odeur ammoniacale et fétide ; elle donne fréquemment lieu à des calculs dans ces cas. Tout cela est expliqué par l'incomplète évacuation de l'urine, qui séjourne longtemps dans la vessie et y dépose facilement.

Voici d'ailleurs l'analyse de l'observation de M. Jobert où les caractères de la maladie sont le mieux établis. C'est sur le sujet de cette observation que l'opération que nous aurons à décrire a été faite pour la première fois.

La tumeur se présentait entre les grandes lèvres, à l'entrée de la vulve, écartant et soulevant les petites lèvres, et refoulant en haut l'urètre et le clitoris. Sa couleur était rougeâtre ; elle était molle et élastique, recouverte en avant de plis transversaux, lisse dans tout le reste de son étendue. Au moyen d'une sonde, on reconnaissait facilement que la vessie avait été entraînée dans une espèce de cul-de-sac. La tumeur se réduisait facilement et reparaissait de même

pendant les moindres mouvements de la malade ; on apercevait alors le col de la matrice qui se trouvait entraîné par le prolapsus; on pouvait constater qu'il était recouvert de petites ulcérations.

Toutefois, on trouvait : 1° pour le diamètre antéro-postérieur représenté par une ligne qui se rendait de l'orifice urétral au col utérin, cinq pouces ; 2° pour la circonférence, huit pouces. La tumeur dans son ensemble représentait assez exactement un ovoïde.

La malade éprouvait dans la tumeur des douleurs, tantôt sourdes, tantôt vives, avec sensation de tiraillements vers l'estomac ; ces douleurs augmentaient à l'époque des règles et pendant leur durée ; le frottement continuel de la tumeur déterminait des écoulements de sang, peu abondants il est vrai. En outre, la malade éprouvait une sensation incommode de pesanteur au bas-ventre, qui augmentait ou diminuait suivant la plénitude plus ou moins grande de la vessie.

Une autre douleur dans le côté droit de l'abdomen coïncidait avec le développement de la tumeur et l'exaspérait à chaque époque menstruelle. Depuis quelques années, le besoin d'uriner se manifestait fréquemment, et l'excrétion de l'urine offrait quelque difficulté. La défécation était accompagnée de la sortie de la tumeur.

Le déplacement de la cloison vésico-vaginale ayant amené celui de l'utérus, de nouveaux déplacements devaient avoir lieu dans le reste du conduit vulvo-utérin, et c'est ce qui arriva pour la paroi postérieure du vagin, qui vint faire saillie à l'extérieur et y former un pli transversal. Cette saillie avait plus d'un pouce d'étendue ; mais elle n'avait aucun rapport avec la paroi antérieure du rectum, et l'introduction du doigt dans ce dernier organe ne pouvait faire connaître de communication avec l'intérieur de ce repli, et n'offrait dans ce point rien qui ressemblât à un cul-de-sac, de telle sorte que le rectum n'avait éprouvé aucun changement de forme, de rapport ni de structure. Le prolapsus, qui appartenait donc entièrement au vagin, disparaissait lorsque la tumeur était réduite (*loc. cit.*).

Voici comment Dugès et madame Boivin caractérisent le cystocèle vaginal : « Le bas-fond de la vessie semble parfois se faire jour à travers un éraillement de la tunique fibreuse du vagin et n'être plus coiffé que de sa membrane muqueuse ; alors une tumeur molle, fluctuante, sub-pédiculée, indolente, variant perpétuellement en volume, disparaissant quand l'urine est évacuée, réductible par la compression quand la vessie n'est pas trop pleine, occupe la paroi antérieure du vagin ; après sa réduction, un vide, une sorte de trou se laisse sentir au même point. Des calculs pourraient s'y former ; dans l'accouchement, elle pourrait se rompre, ou apporter quelques obstacles à la marche du travail, et nécessiter, aussi bien que le prolapsus simple, des soins particuliers et notamment la réduction, la contention de la tumeur ou du bourrelet. Le cystocèle, dans tout autre temps, gêne d'ailleurs la malade, et le mieux est de le maintenir réduit. » (*Maladies de l'utérus et de ses annexes*, tome II, pag. 597.)

Traitement. Le traitement du cystocèle vaginal, comme celui de toutes les hernies, est palliatif ou curatif. Comme pour toutes les hernies, les médecins les plus prudents se bornent au premier, qui se compose surtout de l'application de pessaires. Madame Rondet, dans son *Mémoire sur le cystocèle vaginal* (1835), parle de dix cas dans lesquels on eut recours à l'application d'un pessaire. M. Rognetta, *Mémoire sur les prolapsus*, etc., page 5 (1833), fait mention d'un cas où tous les accidents d'un cystocèle vaginal furent conjurés par l'application méthodique du pessaire. « Le pessaire en boule ou en bondon, les pessaires élythroïdes, les éponges sphériques ou cylindroïdes, soutenues par un fil métallique en spiral et supportées par une tige si on le juge nécessaire, conviendront exclusivement dans les prolapsus partiels qui dépendent de l'impulsion portée sur l'une des parois du vagin par des organes voisins tendant à le déplacer, par des tumeurs développées dans ses parois ou à ses alentours. *Ceci s'applique surtout au cystocèle ou hernie de vessie.* » (Boivin et Dugès, *ibid.*)

Quand nous en serons aux déplace-

ments de l'utérus, nous ferons l'histoire et la description des divers pessaires, et nous indiquerons la manière de les appliquer.

Le traitement curatif consiste en des opérations dont la plus méthodique nous paraît être celle que M. Jobert a décrite dans le mémoire déjà cité. Nous continuerons ici l'analyse de l'observation que nous avons commencée en parlant des symptômes. Cette fin d'observation contient assez de détails pour servir de description du manuel opératoire.

Ne trouvant plus de chances de guérison dans l'emploi des moyens ordinaires, M. Jobert se décida à faire l'application d'une opération qui consisterait à diminuer l'étendue de la tumeur, et à donner plus de résistance à la cloison vésico-vaginale.

« Je dessinai sur la tumeur, au moyen du nitrate d'argent, les deux lignes transversales dont j'ai parlé, et, les attaquant à différentes reprises, et à plusieurs jours d'intervalle, avec le même caustique, j'arrivai à détruire graduellement et sans aucun accident inflammatoire, toute l'épaisseur correspondante du vagin. Je ne reviendrai pas sur la longueur, la largeur de ces lignes (lisez de ces bandes), elles avaient six lignes environ. Ceci fait, il me fut facile de reconnaître la situation et l'état des parties, de raviver sans crainte avec le bistouri les bords de la surface entamée par le caustique, et de laisser le fond intact. Je pus facilement remettre en rapport les deux plaies saignantes, et les maintenir en contact au moyen de la suture entortillée. L'opération fut pratiquée le 23 juillet 1838.

» Pour réunir ces deux points opposés, il fallut refouler en haut toute la portion intermédiaire aux deux lignes, et repousser la vessie dans la place qu'elle occupe habituellement; la paroi devenait ainsi plus résistante, et la tumeur diminuait d'étendue. J'employai, pour la réunion, des aiguilles dont les extrémités avaient la forme de lances, et qui étaient contenues dans des gaînes; celles-ci maintenaient seules les fils, les aiguilles devant être enlevées une fois la suture pratiquée. Ces aiguilles, au nombre de sept, dont quatre plus grosses et trois plus petites, furent placées de la manière suivante : j'enfonçai les deux premières vers l'extrémité des lignes, les deux autres au milieu; une fois les quatre plus grandes enfoncées et fixées, je réunis au moyen des trois plus petites les intervalles qui les séparaient, de manière que chaque aiguille traversât la lèvre de la plaie située en arrière pour franchir l'intervalle, et revenir ensuite traverser la lèvre antérieure de la plaie située en avant : l'espace intermédiaire étant complétement refoulé en haut, les fils furent placés; la traction exercée sur eux suffit pour rapprocher les lèvres de la plaie, et de cette manière les surfaces saignantes se trouvèrent en contact dans toute leur longueur.

» Les aiguilles furent retirées, leurs gaînes restèrent en place, et le tout fut maintenu exactement au moyen de la suture entortillée. Pour éviter tout effort de la part de la malade et prévenir autant que possible les contractions de la vessie lors de l'évacuation des urines, j'introduisis dans l'intérieur de cet organe une sonde en gomme élastique, qui fut maintenue en place; les urines s'écoulèrent limpides et restèrent telles jusqu'à l'enlèvement définitif de la sonde.

» L'écoulement sanguin, qui paraissait devoir être assez abondant, fut complétement supprimé par la suture et ne reparut plus; les premiers jours seulement, il sortit une faible quantité de sérosité sanguinolente. Depuis le 23 juillet, jour de l'opération, la malade n'a éprouvé aucun accident. Le lendemain 24, elle eut un peu d'insomnie, de la céphalalgie, un peu de difficulté à respirer, un peu de soif, et cependant le pouls ne présentait aucune modification, ni dans sa fréquence, ni dans sa force.

» Tous ces symptômes d'ailleurs avaient disparu le 25.

» Le neuvième jour, il n'y avait pas encore d'évacuation alvine; l'eau de Sedlitz d'abord, puis l'huile de ricin, produisirent une garde-robe. La tumeur ne reparut pas au dehors, et depuis ce moment rien ne s'est présenté à la vulve, malgré les efforts de la défécation. Le 30 juillet, en examinant la malade, j'ai trouvé la gaîne d'une des aiguilles déjà détachée.

Le 1er août, j'ai pu, en introduisant le doigt indicateur, sentir l'extrémité antérieure des gaînes, et en extraire quatre sans difficulté avec des pinces à pansement; deux restèrent; je crus devoir les abandonner à elles mêmes, l'une d'elles tomba le 3 août, l'autre le 7.

» Vingt jours après l'opération, j'ai supprimé la sonde de gomme élastique, et la malade n'a éprouvé qu'un peu de cuisson. Depuis, cette femme a marché, et la tumeur n'a pas reparu; son séjour à l'hôpital s'est prolongé pendant plusieurs mois; elle l'a quitté vers le milieu de décembre, nous l'avons revue dans les derniers jours de janvier 1839; elle a repris son état de blanchisseuse et n'a éprouvé aucune incommodité : tout nous fait espérer que nous aurons obtenu une guérison parfaite. » (*Mémoires de l'Académie royale de médecine*, tome VIII, page 703.)

M. Jobert a fait d'autres tentatives; au lieu de diriger les bandes transversalement, c'est-à-dire d'une lèvre génitale à l'autre, il les a ensuite dirigées dans un sens contraire, c'est-à-dire selon l'axe du vagin, et le pli du bas-fond de la vessie a été fait dans ce dernier sens. Au lieu de commencer par préparer ces bandes avec le caustique, le même chirurgien a du premier coup employé le bistouri pour l'avivement. Il faut attendre que les faits se multiplient pour juger définitivement cette méthode que nous avons exposée dans tous ses détails pour qu'elle pût être appréciée théoriquement, et pour qu'elle pût être appliquée par d'autres chirurgiens. Nous dissimulerions notre pensée, si nous ne disions pas qu'*à priori* les moyens contentifs nous paraissent encore préférables. Mais ceci n'est qu'une opinion qui ne vaut certes pas des faits bien *authentiques*.

§ 3. — Rectocèle vaginal.

C'est la hernie de la partie inférieure du rectum à travers la vulve. Il est évident que cette hernie a été confondue avec les procidences de la matrice, avec celles du vagin surtout. Sabatier est peut-être le premier qui se soit expliqué un peu nettement sur cette affection, et qui ait distingué cette espèce de prolapsus du vagin des autres. Ainsi, dans le troisième volume des *Mémoires de l'Académie de chirurgie*, où il traite des déplacements de l'utérus et du vagin, il cherche à distinguer ceux de ces derniers déplacements qui forment une tumeur dans la composition de laquelle entre une partie du rectum. Il dit en effet très-explicitement : *On conçoit aisément que ces tumeurs ne sont formées que par l'intestin rectum, qui pousse en avant la paroi du vagin sur laquelle il pose et avec lequel il a des connexions*. Voilà donc la chute du rectum par le vagin bien séparée du prolapsus simple du vagin. Clarke avait caractérisé la hernie dont nous nous occupons en disant que c'était un relâchement de la partie postérieure du vagin, tel que cette partie descend au-dessous du niveau du périnée, *entraînant la paroi antérieure du rectum avec elle*. Ainsi il est évident que dès le dix-huitième siècle cette hernie était connue, et les praticiens attentifs de notre époque l'avaient rencontrée et traitée par des moyens contentifs, par les pessaires. Mais rien de circonstancié, de bien étudié n'avait reçu le jour quand M. Malgaigne publia ses recherches faites au bureau central des hôpitaux, recherches dont les résultats sont résumés dans un des *Mémoires de l'Académie de médécine*, t. VII.

Ce travail tend à établir des faits qui l'étaient déjà, et d'autres qui avaient besoin d'un nouveau jour pour être entièrement connus. Ainsi l'auteur dit : 1° que le simple prolapsus de la paroi postérieure du vagin est une lésion toute différente du déplacement du rectum à travers la vulve; 2° que la chute du vagin consécutive à celle de la matrice, et portée au plus haut degré, n'entraîne pas nécessairement la hernie du rectum; 3° que ces affections ont donc été confondues à tort par Clarke et Monteggia, et qu'elles ont une existence indépendante.

En appelant l'affection dont il s'agit une hernie, nous pourrions donner une idée incomplète de la disposition des parties de son mécanisme. Il faut donc nous expliquer : si c'était une hernie comme les autres, quand la tumeur est volumineuse, qu'elle sort d'une manière manifeste de la vulve, on devrait trouver dans cette même tumeur une anse de l'intestin rectum,

comme pour les autres hernies volumineuses on trouve une anse du petit au gros intestin. Mais ici ce n'est pas du tout cela, car la paroi postérieure du rectum est restée immobile et fixée au sacrum par l'aponévrose pelvienne. Ce n'est donc que la paroi antérieure du dernier intestin et encore une petite partie de cette paroi qui a subi les modifications qui l'ont constituée à l'état de hernie. En effet, sur un point de l'intestin en avant, s'est fait une dilatation, un sac, un diverticulum qui a augmenté peu à peu, puis, à la suite d'un effort, la partie la plus solide du vagin s'est laissé érailler, la muqueuse s'est laissé distendre, et la hernie s'est formée. Ces courtes notions étant données sur le mécanisme de cette hernie, le reste de son histoire sera mieux compris.

Causes. Les causes du rectocèle vaginal doivent avoir la plus grande analogie avec celles des hernies abdominales chez la femme ; on pourrait dire que ce sont les mêmes. On a noté comme causes déterminantes des coups de pieds, des chutes, des efforts pour soulever de lourds fardeaux, etc. Mais ces circonstances manquent le plus ordinairement, et on voit la tumeur se développer peu à peu et la femme est souvent dans l'impossibilité d'indiquer à quelle époque a débuté sa maladie. Presque toujours elle a constaté quelque chose d'anormal apparaissant à la vulve au moment où elle se donnait des soins de propreté. Sabatier, Clarke, Monteggia, se sont appliqués à rechercher les causes plus spéciales à l'établissement de cette hernie. Ainsi, le premier de ces auteurs accuse la constipation qui, distendant le rectum, fait céder peu à peu la paroi postérieure du vagin.

L'auteur anglais admet cette cause et y ajoute les déchirures du périnée et les kystes ovariques qui s'enfoncent dans l'espace qui sépare le vagin du rectum. Cette opinion est basée sur un fait de cette nature que Clarke aurait observé. Monteggia développe davantage cette partie de l'histoire du rectocèle vaginal : il prend en considération le relâchement partiel du vagin, le trop d'ampleur de l'orifice de cet organe qui serait dû à des accouchements multipliés, la grossesse, l'ascite, la station prolongée, des chutes, les pertes de sang, les flueurs blanches, les pollutions fréquentes, les fatigues. Ensuite Monteggia revient à la constipation, à la rupture du périnée. Il est évident que pour tracer le tableau étiologique, l'imagination n'a pas moins été consultée que les faits, et qu'il faudra l'accepter avec réserve. Voici en définitive, dit M. Malgaigne les renseignements que j'ai pu me procurer touchant l'étiologie de cette affection :

« Sur treize femmes chez qui j'ai exactement noté l'époque de l'apparition du rectocèle, il y en avait,

» De 22 à 30 ans,	4
» De 31 à 40,	4
» De 41 à 50,	4
» De 35 à	1

» D'où il semble qu'on pourrait déduire que le prolapsus du rectum par le vagin a lieu de préférence dans l'âge adulte des femmes, et que la constipation plus prononcée dans le vieil âge a sur sa production moins d'influence qu'on ne le croirait.

» Toutes ces femmes avaient eu des enfants avant leur accident, à l'exception d'une seule déjà citée, qui eut son rectocèle par suite d'une chute faite au sixième mois de sa première grossesse. Parmi les autres,

» 3 avaient eu	1	enfant.
» 2	2	enfants.
» 2	3	
» 2	4	
» 1	6	
» 1	7	
» 1	10	

» Enfin, une autre qui n'a pas pu me dire à quel âge le prolapsus lui était arrivé, avait eu dix-sept enfants, dont neuf en trois couches, et avait gagné un cystocèle et un rectocèle à la fois durant sa dernière couche.

» Les causes auxquelles ces quatorze femmes rapportaient leur affection étaient ainsi réparties :

» Quatre n'étaient point enceintes, la cause était une chute, un coup ou des efforts.

» Trois étaient grosses de six à neuf mois ; dans deux de ces cas le rectocèle était venu sans autre cause que la grossesse.

» Six l'avaient eu à la suite des couches.

» Une à la suite d'un avortement.

» Enfin, sur un total de seize observations écrites, je trouve le rectocèle simple et ses complications dans les proportions suivantes :

» Rectocèles simples.	5
» Rectocèles compliqués de cystocèles.	7
» Rectocèles compliqués de chute de l'utérus.	1
» Rectocèles avec cystocèle et chute de l'utérus ensemble. . . .	3

» J'ajouterai comme un renseignement curieux peut-être, que, d'après mes observations, le rectocèle simple ou compliqué est plus commun que les chutes de matrice. » (*Mém. de l'Acad. de méd.*, *loc. cit.*)

Symptômes, caractères, effets du rectocèle vaginal. Voici d'abord l'analyse d'une observation de M. Malgaigne qui représente bien la maladie sous ces points de vue.

La veuve Pont..., âgée de 47 ans, disait qu'elle portait depuis l'âge de 22 ans une chute de matrice survenue quelques jours après sa première couche. Ce n'était d'abord qu'une petite tumeur, qui grossit par la suite, surtout après chaque nouvel accouchement. Elle a eu six enfants. Une tumeur faisait saillie hors de la vulve; elle avait la longueur d'un pouce; l'indicateur, introduit par l'anus, et pouvant plonger jusqu'au fond de cette tumeur, ne laissait aucune espèce de doute sur la nature de la tumeur. La malade dit seulement que les selles étaient difficiles; dans les efforts, la tumeur sortait davantage, l'anus se renversait quelquefois en même temps; les matières étaient dures et écorchaient le fondement.

La difficulté de la défécation datait de l'apparition du rectocèle; elle augmenta peu à peu en même temps que la tumeur; les matières devinrent dures, et il fallut multiplier les lavements; la crainte des douleurs de la défécation engageait la malade à se retenir le plus longtemps; la constipation s'accrut encore. Bientôt il fallut cinq ou six lavements pour obtenir quelques résultats. La malade se mit à l'usage quotidien de pilules purgatives ; de plus elle était obligée de prendre deux lavements par jour, sans quoi elle sentait, disait-elle, *quelque chose qui lui remontait*, et qui causait de l'oppression et des étouffements. Lorsque ses quatre et cinq lavements de suite n'évacuaient pas suffisamment les intestins, les étouffements redoublaient, allaient jusqu'à l'angoisse et déterminaient enfin des crises nerveuses. La privation de nourriture l'a rendue faible, maigre et valétudinaire ; la digestion se fait mal, il y a des défaillances. Il y a dix ans, aux autres symptômes s'est joint un mouvement fébrile très-prononcé, qui dès lors a toujours persisté, revenant presque tous les jours, ne laissant jamais du moins plus d'un jour d'intervalle.

L'anus sort quelquefois dans de violents efforts; ce prolapsus est de la grosseur de la phalange au plus, et date de l'enfance. En faisant soulever un lourd fardeau à la malade, on constate que le renversement de l'anus ne diminue en rien la tumeur recto-vaginale qui augmente même durant cet effort. Les règles commencent à se déranger : il y a eu déjà quelques pertes à des époques inaccoutumées.

Maintenant examinons les caractères principaux offerts par cette observation importante et par d'autres faits, afin d'établir un diagnostic.

La tumeur du rectocèle vaginal varie de volume. C'est un simple pli qui quelquefois dépasse à peine l'orifice du vagin ; de là la tumeur peut aller jusqu'au volume d'un œuf, et même du poing. La défécation est difficile ; mais quand la malade porte, en même temps, des hémorrhoïdes, on peut se tromper sur la cause de cette difficulté.

Si l'on commande à la malade de faire un effort, on voit se former une tumeur plus ou moins considérable qui dilate la partie postérieure de la vulve ; cette tumeur augmente de volume à mesure que l'effort est plus considérable et plus soutenu. Cette augmentation de volume n'a pas seulement lieu, comme le croyait Sabatier, quand les malades ont été longtemps sans aller à la selle. Ce qui serait

contradictoire à ce que Sabatier a avancé, c'est que, quel que soit le volume de la tumeur, il est rare qu'on trouve des matières fécales dans sa cavité.

On constate donc que la saillie vaginale répond à une poche de l'intestin, puisque le doigt recourbé, comme nous l'avons dit, arrive jusqu'au sommet de la tumeur sortie par la vulve. Or cette circonstance ne se présente dans aucune autre espèce de tumeur.

Nous avons déjà parlé de la constipation ; elle est opiniâtre. Par les efforts pour aller à la garde-robe, la tumeur se gonfle, durcit, se remplit de matières fécales, pendant que l'anus est comme resserré par une contraction spasmodique et empêche les matières de s'échapper. Mais cette espèce de rétention de matières n'est pas toujours en rapport avec le volume de la tumeur elle-même.

« Dans quelques cas rares, dit M. Malgaigne, les femmes se plaignent d'un poids qui pèse sur le fondement. Je n'ai vu qu'une seule fois des flueurs blanches, qu'on pouvait attribuer à la présence de deux tumeurs, l'une vésicale et l'autre rectale, et que le pessaire diminua, sans toutefois complétement les tarir.

» Mais c'est sur les organes digestifs et sur la fonction même de la digestion, que l'influence du rectocèle vaginal se montre fréquemment d'une manière pernicieuse. La constipation n'est que le point de départ; bientôt arrivent des coliques et des tiraillements d'estomac : chez une femme de trente ans, portant depuis trois ans un cystocèle, ces tiraillements augmentaient avec la moindre contrariété, et quand les coliques la prenaient la nuit, elle ne pouvait demeurer couchée, et était obligée de marcher par la chambre jusqu'à ce qu'elles fussent apaisées. » (*Mémoires de l'Acad. royale de médecine*, tome VII, p. 496.)

Les affections qui ont le plus d'analogie avec le rectocèle vaginal, et qui, par conséquent, peuvent le simuler, sont : le prolapsus de la muqueuse vaginale, un abcès développé derrière cette membrane, une hernie intestinale qui aurait glissé entre le vagin et le rectum, ou bien un kyste dont on connaît depuis deux ou trois ans quelques exemples.

Le *toucher* peut fournir un signe pathognonomique non équivoque. En effet, le doigt porté dans le rectum, et replié en avant, entre dans un vrai diverticulum; le même doigt, porté dans le vagin, reconnaît d'abord une tumeur, et en l'élevant on trouve l'utérus à sa place.

Caractères anatomiques du rectocèle vaginal. Les dissections de cette hernie ne sont pas nombreuses. Nous ne connaissons même que celle qui a été faite par M. Godin, ancien interne de l'hôpital Necker, qu'une mort prématurée a enlevé à la science, qu'il cultivait avec ardeur.

« En examinant par hasard, dit-il, le cadavre d'une femme morte en été (1836) dans les salles de médecine de l'hôpital Necker, je remarquai une saillie entre les lèvres de la vulve. J'enlevai, à l'aide du doigt, un pessaire en anneau, et je pus reconnaître que non-seulement l'utérus était à sa place, si ce n'est peut-être plus élevé que d'habitude, mais qu'il n'avait pas même de tendance à s'abaisser. La tumeur dont j'ai parlé était formée par une saillie considérable de la paroi postérieure du vagin vers son extrémité extérieure. Le doigt introduit dans le rectum faisait saillir de plus en plus la tumeur, à mesure qu'on pressait sur la paroi antérieure de cet organe. J'enlevai alors les pièces, que je présentai à la Société anatomique, et l'on constata une poche formée par la dilatation de la cloison recto-vaginale, qui devait faire une saillie d'autant plus grande vers le vagin, que les matières s'accumulaient en plus grande quantité vers cette partie du tube digestif, comme on sait que cela a lieu chez les femmes âgées. Les parois de la hernie, si on peut lui donner ce nom, étaient aussi épaisses que le reste de la cloison.

» Quelques renseignements pris auprès d'élèves beaucoup plus anciens que moi dans la maison, m'apprirent que cette femme était venue plusieurs fois pour avoir un pessaire, et qu'elle en portait un depuis une vingtaine d'années, croyant avoir une chute de l'utérus. » (Godin, *Observ. présentée au concours des prix.*)

Pronostic. Le rectocèle vaginal est nécessairement une maladie grave. Mais il faut s'entendre sur cette gravité, car

cette maladie n'est pas directement et promptement mortelle. Mais si on a suivi ce que nous avons dit des accidents du côté des voies digestives, on comprendra que la mort pourrait en être une conséquence indirecte. Cette maladie est grave aussi parce qu'elle est incurable. Il y a à la vérité, dans le mémoire que nous avons cité, une observation recueillie par M. Fleury dans le service de M. Duméril, qui prouverait que le *rectocèle vaginal* peut être guéri radicalement et même très-promptement. Mais cette observation est unique, et comme, pour parler avec confiance de la guérison radicale d'une pareille maladie, il faut l'avoir constatée très-longtemps après l'emploi du moyen auquel on fait les honneurs de cette guérison et que cette constatation tardive n'a pas été faite, nous ajournons l'admission de cette cure comme cure définitive bien entendu. On comprendra facilement que pour qu'une hernie pareille se produise, il faut que le rectum et le vagin subissent des modifications, des lésions, qui ne sont pas facilement rétablies. D'ailleurs on va trouver dans le paragraphe *Traitement*, l'opinion de M. Malgaigne sur le pronostic. C'est le chirurgien qui a le plus longtemps médité sur la question qui nous occupe. Il commence par exprimer le peu de confiance en nos méthodes opératoires; et si on enlevait des qualités de son pessaire ce que l'amour paternel y ajoute toujours involontairement, on verrait où en est le pronostic de cette maladie, et à quoi en est réduit le traitement.

Traitement. La chirurgie peut-elle en obtenir la cure radicale? Quelques chirurgiens ont préconisé dans ces derniers temps les divers procédés d'élytroraphie, pour guérir les chutes de matrice, et l'on serait porté d'abord à les appliquer à cette affection nouvelle; la comparaison des deux sortes de prolapsus semble offrir au dernier plus de chances de guérison, puisque la tunique du vagin est dilatée outre mesure; l'indication la plus naturelle ne semble-t-elle pas de la rétrécir? « J'ai reproduit dans la *Gazette médicale*, an. 1836, p. 200, une opération de ce genre, tentée par M. Bellini, de Florence, pour un rectocèle du volume d'un gros œuf de poule, qui n'était pour lui qu'un prolapsus vaginal. Il étreignit, à l'aide de points de suture en nombre suffisant, la partie excédante de la muqueuse du vagin; le dixième jour, la portion étranglée tomba, et le docteur Colla écrivait à l'opérateur au bout de 15 jours : *Tout va bien maintenant dans la région qui a si longtemps souffert.* On sait ce que signifient, soit pour les hernies, soit pour les prolapsus vaginaux, ces cures annoncées de si bonne heure, lorsque les malades n'ont pas même quitté le lit; et, pour ma part, je ne saurais croire qu'une semblable opération a pu amener une cure radicale, L'élément essentiel de la maladie est la dilatation, l'espèce d'anévrysme du rectum : et que dirait-on d'un chirurgien qui, pour guérir un anévrysme artériel, proposerait de retrancher une portion de la peau qui recouvre la tumeur? » (Malgaigne, *Mém. cité.*)

L'opération à tenter en pareille circonstance devrait commencer, ce nous semble, par l'ablation d'une portion des tuniques élargies du rectum, de manière à rendre à cet intestin autant que possible son calibre. L'ablation partielle de la muqueuse vaginale, et les deux cicatrices adossées l'une à l'autre, seraient alors probablement des moyens efficaces de prévenir la récidive. Nous répéterons ici ce que nous avons déjà dit: les moyens palliatifs les plus certains et les moins dangereux seront préférés par le plus grand nombre des malades. Ces moyens sont des pessaires qui refoulent la tumeur en arrière et ne lui permettent pas de franchir la vulve; ce sont ces pessaires que M. Malgaigne a modifiés pour la circonstance.

Nous allons faire connaître ces modifications en continuant, comme cet auteur, l'observation que nous avons en partie résumée quand il a été question d'exposer les symptômes et les caractères du rectocèle vaginal.

« La femme en question n'avait pu supporter le pessaire en gimblette; le pessaire en entonnoir réussit un peu mieux; la constipation ne fut point accrue, mais elle ne diminua pas. Cependant la tumeur était réduite à la moitié de son volume ordinaire; et par suite

l'estomac faisait déjà mieux ses fonctions, et les défaillances avaient cessé. J'attribuai cette amélioration à l'emploi du pessaire. En effet, la malade l'ayant ôté un jour, les maux d'estomac et la défaillance la reprirent, et cessèrent ensuite quand elle l'eut réappliqué.

» Cependant, ce résultat était trop peu de chose pour me satisfaire ; j'imaginai que si, à la queue du pessaire en entonnoir, je surajoutais un autre entonnoir beaucoup plus petit et renversé de manière à donner à l'instrument la forme d'un sablier irrégulier, la tumeur serait refoulée plus efficacement en arrière.

» La difficulté de donner au caoutchouc cette nouvelle forme, empêcha la réussite du premier essai de fabrication. Le premier pessaire confectionné offrait simplement une queue de dix à douze lignes sans renflement. Il fut appliqué néanmoins le 8 décembre. Il contint mieux que le précédent, laissa moins de gêne, et favorisa beaucoup les selles ; car de six lavements, la malade put descendre à deux, et cet heureux succès l'enhardit tellement qu'elle cessa l'usage des pilules purgatives qu'elle prenait habituellement. Les digestions se firent mieux aussi, et l'oppression qui suivait chaque repas disparut presque entièrement. Le pessaire ne causait aucune douleur, il ne déterminait non plus aucune espèce d'écoulement ; mais au bout de trois jours de son emploi, il survint une perte qui dura dix jours, et pendant laquelle on le laissa en place.

» La perte cessée, on appliqua un nouveau pessaire. C'était un pessaire en entonnoir, dont le sommet offrait un renflement circulaire de deux lignes de saillie. Il réussit bien les premiers jours ; mais comme le renflement inférieur était trop peu épais, la pression du vagin l'affaissa et rendit au pessaire sa forme conique ; la malade s'en aperçut bien vite, trois lavements devenant nécessaires pour obtenir des selles.

» Une nouvelle perte et une attaque de goutte la retinrent six semaines chez elle. Je ne la revis que le 10 février. Mais je possédais enfin un pessaire de la forme voulue, et auquel je n'ai fait depuis que de légères modifications. Je le mis en place ; la tumeur fut parfaitement contenue. Le 18 février arriva une perte qui dura jusqu'au 3 mars, en sorte que je ne revis la malade que le 8 du même mois, il y avait environ un mois qu'elle portait son pessaire. Il avait causé les premiers jours quelques légères douleurs, qui avaient cédé à l'application d'un cataplasme. A part cet incident, il maintenait parfaitement la hernie ; et en faisant soulever un fardeau à la femme, on voyait la partie postérieure du vagin se plisser en rides transversales au-dessous du pessaire, mais sans former de tumeur. L'appétit était bon, la digestion facile. La fièvre quotidienne avait beaucoup diminué. Depuis le 10 février, elle n'avait eu qu'une seule fois un peu d'oppression ; enfin, le 5 mars, elle avait fait des courses assez longues et pénibles pour lui causer des douleurs dans les deux aines, et elle n'avait rien ressenti du côté de la tumeur. Les selles se faisaient seulement à l'aide de demi-lavements, et avec une facilité à laquelle depuis longtemps elle n'était plus accoutumée. » (*Mémoires de l'Académie royale de médecine*, tome VII, p. 506.)

On nous assure que de nouveaux essais de ce pessaire ont été tentés, et qu'ils n'ont pu être supportés par les malades.

ARTICLE VII.

Spasme du vagin.

Le *spasme du vagin* est un état morbide caractérisé comme l'indique son nom par le resserrement convulsif de ce conduit. Ce resserrement vaginal peut exister à divers degrés, tantôt il n'oblitère pas complétement la cavité du vagin, tantôt il va jusqu'à rapprocher fortement les parois de ce canal et à s'opposer à l'intromission de l'extrémité du petit doigt.

Le spasme du vagin est parfois idiopathique et parfois symptomatique d'une vaginite ; dans les deux cas, la constriction est surtout prononcée à l'orifice du conduit vulvo-utérin. Est-il idiopathique ? il se reconnaît à la constriction douloureuse intermittente du vagin, sans qu'il existe de la rougeur, de la chaleur, de la tuméfaction dans les parties ; cet état nerveux apparaît chez quelques femmes à l'instant

du coït, et cesse lorsque la membrane muqueuse du vagin vient à être lubréfiée de mucosités.

Est-il symptomatique de la vaginite? il est continu, il suit les périodes de la maladie inflammatoire à laquelle il vient se surajouter; le sentiment de resserrement, de *spasme* se combine à la sensation d'une chaleur morbide: la vue et le toucher font d'ailleurs reconnaître les symptômes de la vaginite. (*V.* ce mot.)

Le resserrement spasmodique du vagin se montre quelquefois pendant le travail de l'accouchement; c'est alors un phénomène mixte en quelque sorte, un état nervoso-inflammatoire qui retarde, qui gêne plus ou moins la sortie du fœtus, mais qui ne peut être mis au nombre des causes sérieuses de dystocie. La connaissance des antécédents empêchera de confondre l'étroitesse naturelle des parties et le resserrement du vagin, suite d'inflammation, de cicatrisation, avec le spasme developpé sous la seule iufluence de la parturition.

Le spasme idiopathique du vagin ne s'observe guère que durant la période utérine, il est principalement le partage des femmes nerveuses, des femmes qui ont des pensées érotiques, il est souvent déterminé par des émotions morales. Le spasme qui complique la vaginite reconnaît pour causes celles de cette inflammation.

La constriction purement nerveuse du vagin cède à des bains, à des injections narcotiques, à des onctions avec la pommade belladonée. Le spasme qui coïncide avec la vaginite ne réclame pas d'autres moyens que ceux destinés à combattre la maladie principale (bains, injections émollientes, parfois la saignée). Enfin le spasme du vagin, qui se montre lors de l'accouchement, exige l'usage habilement combiné des agents antiphlogistiques.

ARTICLE VIII.

Névralgie du vagin.

Il est un autre état morbide du vagin qui se révèle seulement par la sensibilité douloureuse de cet organe, c'est à proprement dire la névralgie du vagin. La douleur accusée par les femmes est comparée par elles à des lignes de feu, à des élancements déchirants, à des démangeaisons indicibles, etc.; ces sensations pénibles n'ont pas une durée continue, elles diminuent et disparaissent même par moments, mais pour revenir après un temps fort irrégulier et toujours plus intolérables. Les personnes affectées de cette névralgie ne tardent pas à s'inquiéter beaucoup, elles se croient atteintes d'une maladie fort grave et se décident à consulter. Si alors on examine le vagin, l'œil n'y découvre rien d'anormal, et cependant si on essaye de pratiquer le toucher, ce mode d'exploration augmente singulièrement la douleur; l'introduction du spéculum et toute introduction de corps étranger, tout contact même est pour quelques femmes un accroissement de douleurs, aussi ont-elles beaucoup de répugnance pour pratiquer le coït ou les soins de propreté. Le diagnostic de cette névralgie se forme donc par cette considération que la douleur vaginale n'est accompagnée ni de symptômes inflammatoires, ni de spasme : mais on l'a rencontrée dans deux circonstances qui ne sont pas identiques à beaucoup près; dans l'une elle est essentielle, *idiopathique*, dans l'autre elle est *symptomatique* d'une affection de l'utérus. Dans le premier cas, le pronostic n'est pas bien grave; dans l'autre il est subordonné à celui de la maladie principale.

Cette affection paraît souvent due à une prédisposition individuelle, héréditaire, d'autres fois elle peut survenir spontanément : vers l'âge de retour, la névralgie du vagin est occasionnée souvent par une maladie de la matrice. A d'autres époques de la vie, on l'a vue se montrer après les fatigues du coït, l'abus des injections froides, etc. Les moyens thérapeutiques auxquels on a recours pour guérir cette névralgie, sont les bains frais, les bains de mer, les narcotiques, les antispasmodiques à l'intérieur et en injections (belladone, opium, assa-fœtida, valériane), et dans quelques cas rebelles, la cautérisation légère du vagin avec le nitrate d'argent. Dans le cas de complication d'une maladie de matrice, c'est contre cette affection que doivent surtout être dirigés les moyens de traitement.

ARTICLE IX.

Vaginite.

§ 1er. Vaginite aiguë.

Il ne sera question dans ce chapitre que de l'inflammation simple de la muqueuse vaginale et de ses variétés. Pour ce qui concerne la blennorrhagie par infection vénérienne, nous renverrons le lecteur à la partie de cet ouvrage spécialement consacrée aux affections syphilitiques ; là, en effet, trouveront mieux leur place les considérations et les opinions diverses des auteurs au sujet de cette forme de la maladie syphilitique. Cette manière de faire nous semble préférable à la méthode généralement adoptée par les auteurs, de confondre dans la même description la blennorrhagie simple et celle qui reconnaît pour cause l'action du virus vénérien ; car ces affections diffèrent essentiellement par leur nature intime et par le traitement qu'elles réclament, bien qu'elles offrent, sous le rapport de leurs symptômes et de leur marche, assez de caractères communs pour qu'il soit souvent difficile ou même impossible de les distinguer l'une de l'autre.

Causes. Les femmes d'une constitution molle et lymphatique, celles qui sont affectées de scrofules, d'éruptions cutanées chroniques, comme l'érythème, l'eczéma, etc., sont spécialement exposées à la vaginite ; tantôt la maladie naît chez elles en l'absence de toute autre cause, et par la seule disposition des muqueuses à s'enflammer sous l'influence de ces états morbides, tantôt par l'action de causes légères, qui seraient demeurées insuffisantes dans des conditions opposées.

« La vaginite peut survenir à tous les âges ; peu d'enfants passent l'époque de la seconde dentition sans en avoir éprouvé quelques atteintes ; mais alors elle cède assez bien à quelques soins indiqués par la sollicitude maternelle, pour que l'avis du médecin soit rarement nécessaire. Dans la vieillesse elle est assez rare ; néanmoins l'âge critique est accompagné, chez beaucoup de femmes, de démangeaisons à la vulve, dont la périodicité coïncide avec les époques menstruelles, et dont la cause est une irritation plus ou moins inflammatoire de l'orifice du vagin. L'âge adulte est de tous le plus favorable au développement de la vaginite, car c'est alors que l'organe qui en est le siége se trouve le plus exposé aux causes capables de l'engendrer. » (*Dictionnaire des dictionnaires de médecine*, t. II, p. 80.)

D'après beaucoup d'auteurs, entre autres Barthez, J.-P. Frank, Murray (*De materiâ arthriticâ ad verenda aberrante*, Gœtting., 1795), la goutte et le rhumatisme peuvent déterminer la blennorrhagie, soit en se déplaçant, soit par un effet sympathique ; mais cette opinion est loin d'être généralement adoptée. Enfin, il n'est pas rare de rencontrer des femmes qui présentent une remarquable disposition à être atteintes d'affections catarrhales, et particulièrement de blennorrhagie vaginale, sans qu'on puisse reconnaître chez elles aucune des conditions prédisposantes indiquées. Ajoutons, pour terminer l'énumération de ces causes prédisposantes, l'influence du froid et de l'humidité, les variations brusques de température, l'usage d'aliments insuffisants ou malsains, l'abus des stimulants ou des substances relâchantes.

Les causes déterminantes ou les plus directes de la vaginite sont toutes celles qui exercent leur action immédiatement sur le vagin. Tels sont les froissements, les contusions, l'intromission dans les parties sexuelles de corps étrangers irritants, solides ou liquides, le coït pratiqué avec excès, ou quand il existe une trop grande disproportion entre les organes, la masturbation, certains exercices qui entraînent beaucoup de fatigue, etc. Dans quelques cas, l'inflammation vaginale a été causée et entretenue par la présence d'ascarides vermiculaires qui, de l'anus où ils siégent habituellement, s'étaient introduits dans le vagin.

L'activité organique qui se manifeste dans l'appareil génital aux époques menstruelles et pendant la grossesse, devient souvent une cause de vaginite ; il n'est même pas rare d'observer des femmes qui ne manquent pas d'éprouver une irritation vulvo-vaginale plus ou moins intense quelques jours avant l'apparition des règles ; mais il arrive le plus ordinairement alors que tous les phénomènes

inflammatoires cessent aussitôt que l'écoulement du sang est établi. Parfois, cependant, ils persistent encore quelque temps après la cessation du flux cataménial. L'irritation vaginale est plus commune au commencement de la grossesse qu'à une époque plus avancée.

Doit-on admettre, au nombre des causes de la vaginite simple, la cohabitation avec un individu atteint d'urétrite ou de balanite non virulente? Cette question, sur laquelle les médecins ont été divisés d'opinion pendant longtemps, est généralement résolue aujourd'hui par l'affirmative. En effet, la matière muco-purulente provenant de la sécrétion d'une membrane muqueuse enflammée, même par cause mécanique, possède des qualités irritantes telles, que son contact sur une muqueuse saine suffit souvent pour l'enflammer. Ce fait, que nous mentionnons seulement ici, sera étudié avec tous les développements qu'il comporte, à l'occasion de la blennorrhagie syphilitique.

Alors seront aussi exposées les différences qui distinguent ce mode de transmission de la vaginite simple, d'avec la contagion virulente.

Symptômes. La vaginite aiguë est annoncée à son début par une sensation de prurit, de tension et de douleur qui, de la vulve, s'étend au conduit vaginal. Il est rare, sauf les cas d'inflammation violente, qu'il se manifeste quelques troubles généraux comme frissons irréguliers, lassitudes spontanées, malaise général, état fébrile. Le plus ordinairement la vaginite reste exclusivement locale pendant toute sa durée. La douleur, la tuméfaction et la chaleur augmentent successivement pendant les quatre ou six premiers jours, époque à laquelle ces phénomènes ont acquis leur plus haut degré d'intensité, très-variable, d'ailleurs, selon l'étendue et la force de la phlegmasie vaginale. A cette époque, le vagin tuméfié et douloureux est resserré sur lui-même, de manière à ne pas permettre l'introduction du doigt sans de vives douleurs. Très-souvent les malades accusent un sentiment de pesanteur sur le siége, et voient leurs souffrances augmenter pendant l'excrétion des matières fécales; l'émission de l'urine, dont le besoin se fait sentir plus fréquemment que de coutume, est aussi le plus souvent douloureuse, soit que l'urètre participe à l'inflammation, soit simplement parce que le col vésical est sympathiquement irrité. Quoique en général on puisse dire que la douleur est proportionnée à la vivacité de la phlegmasie, il n'en est cependant pas toujours ainsi, car l'on voit quelquefois des vaginites intenses ne causer que peu de douleur, et d'autres fois, surtout chez les femmes nerveuses, des douleurs intolérables accompagner une inflammation médiocre. La marche est généralement gênée, surtout lorsque la vulve participe à l'état inflammatoire du vagin, et ce cas est le plus fréquent.

Dans les premiers temps de l'invasion de la maladie, la sécrétion du mucus vaginal est notablement diminuée; les parties sont plus sèches que dans l'état normal; bientôt cependant il s'écoule par l'orifice vulvaire un fluide séreux plus ou moins abondant, ténu, peu ou pas coloré; puis après quelques jours, ce liquide acquiert peu à peu une densité plus grande, et ne tarde pas à se transformer en une matière de consistance crémeuse, jaunâtre ou verdâtre; dans quelques cas d'inflammation violente, on y distingue de petites stries de sang. Cette matière, que l'on peut appeler purulente, reste souvent inodore, mais elle peut aussi contracter une odeur fade, nauséabonde, facilement reconnaissable. Chez un petit nombre de femmes, l'écoulement vaginal apparaît, de prime abord, avec les caractères que nous venons d'indiquer; tandis qu'au contraire chez quelques autres, mais plus rarement, le liquide sécrété demeure séreux, ou bien les parties restent sèches; ces cas sont ceux auxquels on a donné le nom de *gonorrhée érysipélateuse*.

L'abondance de l'écoulement vaginal est variable à l'infini; tantôt la matière est sécrétée en si petite quantité, qu'elle reste dans les replis de la muqueuse vaginale, sans s'écouler au dehors, et alors on en méconnaîtrait l'existence, si on n'examinait pas les parties profondes; tantôt au contraire elle est si copieuse, qu'elle inonde continuellement les parties génitales externes, les cuisses et même

les jambes. Si dans ces cas les femmes négligent les moyens de propreté et ne font pas usage de lotions répétées, toutes les parties en contact avec l'écoulement s'irritent, s'enflamment, et même s'excorient.

Examiné au microscope le produit sécrété par le vagin enflammé, paraît formé par un liquide presque transparent, dans lequel nagent des globules arrondis, semblables, pour le volume et la forme, à ceux qui se trouvent dans le pus et le mucus normal ; il s'y rencontre aussi des écailles, longues de 4 à 5 centièmes, et larges de 2 à 3 centièmes de millimètre, elles ont la forme d'un ovale, et se terminent par une pointe mousse à leurs extrémités ; ces écailles sont transparentes et incolores, et présentent à leur partie centrale un point rond plus clair qui n'est vraisemblablement que la partie correspondante à l'ouverture du follicule sécréteur. M. Donné (*Rech. microscop. sur la nature du mucus*, Paris, 1837) a en outre découvert dans l'écoulement blennorrhagique l'existence d'animalcules auxquels il a donné le nom de *tricho-monas du vagin*, et qu'il regarde comme exclusifs à la blennorrhagie virulente ; dans le cas où l'opinion de M. Donné se confirmerait, ce serait un excellent caractère pour distinguer la vaginite simple de la gonorrhée syphilitique. Nous traiterons ce sujet avec plus de développement dans la partie de ce livre consacrée aux maladies vénériennes ; voici d'ailleurs l'état de la science sur les caractères de la sécrétion vaginale. Nous en empruntons l'exposé à un ouvrage qui vient d'être publié.

« Dans l'état normal, M. *Donné* l'a trouvée (la sécrétion vaginale) composée d'espèces de pellicules, débris supposés de l'épithélium, mais que M. *Turpin* regarde au contraire comme des vésicules organiques, flasques, baignées dans une eau comme troublée par un nombre considérable de granules fins et muqueux. Cette matière peut être facilement distinguée du produit des écoulements utérins, dont la réaction est constamment alcaline. . . .

» D'après les recherches de M. *Donné*, le *tricho-monas vaginal* ne se rencontrerait que dans la matière de l'écoulement syphilitique. . . Suivant lui on peut distinguer 1° l'écoulement vaginal simple ou catarrhal, composé de vésicules plus ou moins agglomérées, sans globules, et rougissant le papier de tournesol ; 2° l'écoulement purulent non vénérien, offrant un mélange de vésicules et de globules, mais toujours dépourvu de *tricho-monas* ; 3° l'écoulement purulent vénérien. . . » (Lhéritier, *Traité de chimie pathologique*, p. 642).

Si l'on examine l'organe malade, à l'aide du spéculum, dans les cas où la violence des phénomènes inflammatoires ne s'oppose pas à ce genre d'exploration, on découvre une rougeur plus ou moins vive, occupant tantôt toute l'étendue de la muqueuse vaginale, tantôt bornée à une partie seulement ; lorsque la vaginite est partielle, elle peut exister à la partie supérieure du vagin, ou bien, ce qui est plus fréquent, être limitée à la partie inférieure de ce conduit ; dans ce dernier cas, la phlegmasie envahit presque toujours la vulve. La coloration rouge de la muqueuse vaginale enflammée est le plus ordinairement uniforme ; dans quelques cas cependant, elle se présente sous la forme de taches isolées répandues çà et là, et laissant entre elles des intervalles sains. En outre de la rougeur, on observe aussi parfois du boursouflement dans les points atteints par l'inflammation ; la muqueuse semble rugueuse, inégale, quelquefois même elle paraît privée de son épithélium, et ressemble assez bien alors à la surface d'un vésicatoire en suppuration. M. Ricord a vu chez quelques malades (*Journ. des Conn. médico-chir.*, tome 1er, p. 34) la muqueuse vaginale couverte de papules ou de follicules plus ou moins développés ; il en a fait une forme particulière de vaginite, à laquelle il a donné le nom de *psorélytrie*, et sur laquelle nous reviendrons plus tard.

Dans quelques cas, heureusement assez rares, la phlegmasie ne se borne pas à la muqueuse vaginale ; elle comprend les tissus sous-jacents ; la vaginite est alors phlegmoneuse, et s'accompagne de symptômes plus intenses que dans la vaginite simplement catarrhale ; la douleur est plus vive, plus persistante ; le gonflement

des parties est plus considérable, et presque toujours alors il survient de la réaction fébrile et des troubles sympathiques variés, tels que de la céphalalgie, des pesanteurs d'estomac, des nausées, des vomissements, etc., phénomènes que nous avons dit être très-rares, dans les cas où la muqueuse seule est le siége de la phlegmasie.

La *marche* de la vaginite offre d'assez grandes irrégularités; dans le plus grand nombre des cas, l'inflammation légère au début s'accroît successivement pendant six à huit jours, époque à laquelle elle atteint son plus haut degré; quelquefois cependant la période d'*augmentation* ne dure que deux ou trois jours; quant à celle d'*état*, elle ne saurait être limitée; les causes qui en prolongent la durée sont la persistance des conditions sous l'influence desquelles la maladie a pris naissance, l'absence d'un traitement rationnel, etc.; ordinairement, au bout de huit à dix jours les symptômes commencent à décroître peu à peu, la douleur et la chaleur locales diminuent, l'écoulement continue, mais devient moins abondant, moins coloré, et enfin, après un temps plus ou moins long, il cesse tout à fait, à moins que la vaginite aiguë ne passe à l'état chronique, ce qui, du reste est très-fréquent chez les femmes d'une constitution faible ou détériorée. Dans cette dernière période de la maladie, la moindre cause, la plus légère influence suffisent pour raviver l'inflammation et produire des recrudescences qui peuvent se répéter plusieurs fois et rendre l'affection presque interminable. Dans les cas de vaginite phlegmoneuse, il n'est pas rare d'observer des collections purulentes qui se forment dans l'épaisseur des parois vaginales, et qui d'ordinaire, viennent s'ouvrir soit au périnée, soit aux grandes lèvres.

D'après M. *Lagneau*, voici comment se comporte le plus souvent la vaginite aiguë : « Les symptômes inflammatoires après être restés stationnaires, et à leur apogée pendant une ou deux fois vingt-quatre heures, commencent à décroître vers le neuvième ou dixième jour ; l'écoulement augmente de nouveau, devient jaunâtre, plus épais, passe ensuite à une couleur blanche, et il diminue dès lors progressivement, ainsi que la dysurie qui l'accompagnait, jusqu'à ce qu'après beaucoup d'irrégularités relatives à son abondance, sa densité et sa couleur, et quelquefois même après plusieurs alternatives de disparition totale et de retours inattendus, il s'arrête définitivement du trentième au quarantième jour, si des erreurs de régime ou des traitements contraires ne s'y opposent. » (*Rép. gén. des Sc. méd.*, tome XVIII, p. 35.)

Le *diagnostic* de la vaginite n'offre jamais de difficultés sérieuses, l'exploration attentive du conduit vulvo-utérin à l'aide du spéculum plein ou mieux à valves, permet toujours de reconnaître l'état pathologique du vagin ; toutefois, il est bon d'être averti que la pression exercée par l'instrument préalablement introduit jusqu'au col utérin, puis peu à peu retiré, efface momentanément la rougeur morbide de la muqueuse, mais elle reparaît bientôt. L'effet contraire est produit, c'est-à-dire que la rougeur est exagérée lorsque l'exploration a lieu au fur et à mesure qu'on fait marcher l'instrument de la vulve à l'utérus. Certaines altérations du col utérin donnant lieu à des symptômes semblables à ceux qu'on observe dans la vaginite, et de plus l'écoulement dans les deux cas étant à peu près identique, on conçoit qu'ici le diagnostic différentiel ne peut être sûrement établi qu'au moyen de l'examen par le spéculum. Toutefois, quelque utile que soit l'emploi de cet instrument, il est des cas dans lesquels il serait intempestif d'y recourir en raison de la violence des douleurs et du gonflement inflammatoire. Le toucher alors doit être pratiqué, il sert à apprécier la sensibilité, la chaleur et le degré de tuméfaction des parties ; il peut faire connaître si l'utérus participe ou non à l'affection ; mais les données fournies par ce mode d'exploration sont loin, dans le cas qui nous occupe, d'atteindre le degré d'exactitude qu'on obtient à l'aide du spéculum.

S'il est, en général, facile de reconnaître l'existence d'une vaginite, il n'en est plus ainsi quand il s'agit de savoir si cette affection est simple ou de nature blennorrhagique, et pourtant ce diagnos-

tic différentiel est de la plus haute importance; quant au pronostic et au traitement, pour ne pas tomber dans des redites qu'il importe toujours d'éviter, nous renvoyons le lecteur au chapitre de cet ouvrage consacré à la blennorrhagie vénérienne; là, seront exposés avec développement tous les signes capables d'éclairer cette question. Disons cependant que les principales données sur lesquelles le praticien doit s'appuyer pour fonder son opinion se tirent : des circonstances commémoratives, du temps plus ou moins long qui s'est écoulé depuis le rapprochement sexuel, jusqu'à l'invasion de la maladie, de l'absence ou de l'existence de symptômes syphiliques concomitants; enfin, selon M. Donné, de la présence des tricho-monas dans la matière de l'écoulement. Le développement ultérieur de phénomènes consécutifs a encore été donné comme un signe différentiel certain, mais on conçoit que ce caractère n'est d'aucun secours en face d'une vaginite aiguë actuellement existante.

Le *pronostic* de la vaginite simple n'a rien de sérieux, lorsque la maladie s'est développée chez des femmes d'une bonne constitution à la suite de causes irritantes directes; presque toujours alors on obtient la résolution promptement et avec facilité. La maladie est au contraire beaucoup plus longue et plus opiniâtre quand elle s'est manifestée après des causes dont l'action a été lente, et qui ont agi sur l'économie tout entière; elle est surtout très-rebelle chez les femmes dont la constitution est détériorée, chez celles qui sont habituellement atteintes d'affections cutanées chroniques. Le plus souvent, dans ces cas, la vaginite a la plus grande tendance à passer à l'état chronique. La vaginite plegmoneuse, lorsqu'elle s'est terminée par suppuration, entraîne souvent à sa suite des accidents divers; tels que des abcès, des fistules vésico ou recto-vaginales, des adhérences morbides des parois vaginales entre elles : ce dernier effet peut même résulter d'une simple inflammation de la muqueuse lorsqu'elle est très-vive, et qu'il y a destruction de l'épithélium.

Anatomie pathologique de la vaginite aiguë. Les caractères anatomiques de cette maladie ont été décrits dans la symptomatologie; nous ne ferons donc que les résumer ici en citant l'exposé anatomo-pathologique de cette affection, d'après MM. *Blatin* et *Nivet*.

« Dans la vaginite aiguë, la muqueuse paraît d'un rouge vif ou foncé; elle est épaissie, injectée, pénétrée d'une plus grande quantité de sang que dans l'état normal. Le tissu cellulaire sous-muqueux participe quelquefois à cette inflammation; il se congestionne ou s'œdématie, ce qui diminue beaucoup le diamètre du vagin et augmente le volume des grandes lèvres.

» L'inflammation et la tuméfaction de la membrane muqueuse et du tissu cellulaire sous-muqueux sont parfois tellement considérables, que les surfaces excoriées et enflammées se touchent et contractent des adhérences qui peuvent déterminer une oblitération complète ou un rétrécissement plus ou moins considérable du canal vulvo-utérin. Si la phlegmasie est la suite de pressions exercées par la tête du fœtus pendant l'accouchement, elle peut se compliquer d'escarres gangréneuses.

» Il semblerait, dans certains cas, que la maladie porte plus spécialement son action sur les follicules ou les papilles de la membrane interne du vagin, car la surface de ce canal paraît inégale, rugueuse, et comme parsemée de papules saillantes.

» L'épithélium peut être détruit dans une étendue plus ou moins considérable. Les surfaces dénuées saignent alors avec une grande facilité quand on les touche.

» La sécrétion vaginale est toujours plus ou moins altérée; sa quantité est très-variable; elle est liquide, verdâtre, jaunâtre, et présente quelquefois l'aspect du pus phlegmoneux.

» Nous n'avons observé qu'un seul exemple de vaginite pseudo-membraneuse chez une femme qui était entrée à l'Ourcine pour s'y faire traiter d'une blennorrhagie; toute la surface interne des petites lèvres et du vagin était d'un rouge foncé. Le fond de ce canal était couvert d'une pseudo-membrane mince de couleur blanc grisâtre et comme pultacée. Après avoir enlevé cette sécrétion,

nous reconnûmes que la muqueuse était granulée et saignait facilement quand on la touchait avec le pinceau ou avec le spéculum. » (*Mal. des fem.*, page 156.)

Traitement de la vaginite aiguë. Pour obtenir la guérison de cette maladie, il suffira, dans le plus grand nombre des cas, d'éloigner les causes déterminantes, de soumettre les malades au repos dans le décubitus horizontal, à un régime alimentaire doux et à l'usage des émollients en boissons et en applications extérieures.

On pourra faire prendre la tisane d'orge, de riz, de gruau, l'eau panée, ou une solution de sirop de gomme, d'orgeat, de cerises, de groseilles, l'infusion de fleurs de mauve et de violette, le bouillon aux herbes, etc.

La tisane adoptée devra être bue en assez grande quantité, deux litres par jour.

L'emploi externe des substances émollientes et tempérantes sera d'un grand secours ; on recommandera de faire de fréquentes lotions et injections composées avec une décoction de guimauve, de graines de lin ou de laitue, et non avec des solutions astringentes. On recouvrira l'hypogastre et la vulve de fomentations avec l'un de ces liquides. Il sera convenable de porter ces décoctions sur la surface irritée à l'aide d'un clyso-pompe, à moins que le contact de cet instrument ne puisse être supporté. Les bains généraux (28 à 30° centigrades), soit d'eau commune, soit d'eau additionnée de lait, de gélatine, de son, d'amidon, de guimauve, etc., sont très-avantageux. La malade prendra un bain chaque jour, y demeurera une ou deux heures et se fera des injections avec l'eau contenue dans la baignoire. Dans les cas où l'épithélium serait détruit, on aura le soin d'introduire une mèche de charpie recouverte de cérat pour éviter la formation d'adhérences.

La liberté du ventre sera entretenue à l'aide de lavements faits avec la décoction de graines de lin et un peu d'huile d'amandes douces.

Quelques ventouses sèches promenées sur les régions iliaque, hypogastrique lombaire auront l'avantage de détourner l'afflux de sang qui s'opère vers le vagin. Ces applications ne sont pas toujours à négliger.

Lorsque la vaginite est très-aiguë, et surtout lorsqu'elle est phlegmoneuse, les seuls moyens que nous venons d'énumérer seraient ou impuissants ou trop lents dans leur résultat : il convient alors de recourir aux émissions sanguines.

La saignée générale peut être pratiquée chez les femmes pléthoriques, mais l'opportunité de la phlébotomie est rare, et les saignées locales triomphent fort bien de la maladie. On peut faire usage de ventouses scarifiées ou de sangsues; nous préférons ici de beaucoup les sangsues. Ces annélides (en nombre proportionné à l'intensité de la maladie et à la force de la femme) seront apposés sur les régions inguinale, hypogastrique ou bien au périnée. M. *Nigrisoli* a fait appliquer des sangsues aux parois du vagin, mais cet exemple n'a pas trouvé beaucoup d'imitateurs.

En même temps qu'on soustrait du sang on administre les émollients *intus et extrà*, ce sont des adjuvants d'une haute importance. Si un traitement antiphlogistique énergique n'empêchait pas la suppuration de se former, on s'empresserait d'ouvrir ces abcès pour éviter des fistules interminables. Dans cette maladie comme dans beaucoup d'autres qui affectent les femmes, il devient nécessaire chez certaines malades douées d'une grande susceptibilité nerveuse, d'adjoindre au traitement antiphlogistique quelque substance antispasmodique, sédative, pour apaiser les souffrances.

MM. Blatin et Nivet disent, à l'occasion de cette considération pratique :

« L'émulsion faite avec les amandes douces et les amandes amères à parties égales seconde avantageusement l'action sédative des autres remèdes. On peut augmenter ses effets tempérants en y ajoutant de l'eau de laurier-cerise, un quart de grain à un grain d'extrait aqueux d'opium (un à cinq centigrammes), ou deux gros à une once de sirop diacode (huit à trente-deux grammes).

» Quelques médecins préfèrent donner l'extrait d'opium.

» Les pilules suivantes ont souvent réussi entre nos mains, ℞ nitrate de po-

tasse 15 centigrammes, camphre 30 centigrammes, extrait d'opium 5 centigrammes, sirop de gomme q. s. pour six pilules qu'on prend en trois fois ; deux le matin, deux dans la journée et deux le soir, une heure avant le repas ou deux heures après avoir mangé.

» Pour les personnes nerveuses il est bon d'ajouter un ou deux grains d'extrait de valériane, ou de prescrire l'usage de la potion suivante : ℞ infusion de tilleul 130 grammes, laudanum de Rousseau 6 gouttes, éther 6 à 10 gouttes, eau de fleurs d'oranger 8 grammes, sirop de sucre 32 grammes. On doit également avoir recours à ces préparations et conseiller des lotions fréquentes avec la décoction de têtes de pavot, ou l'émulsion préparée avec les amandes amères, quand le clitoris est le siége d'érections fréquentes et quand l'âcreté de l'écoulement occasionne un prurit qui excite les femmes à se livrer à l'onanisme. » (*Traité des maladies des femmes*, qui déterminent des flueurs blanches, des leucorrhées ou tout autre écoulement utéro-vaginal, page 181.)

La plupart des moyens destinés à combattre la vaginite aiguë, comme les saignées locales, les injections, les bains, ne seront pas employés à l'approche et pendant la durée des règles; on ne les prescrira pas non plus immédiatement après leur cessation; si la vaginite paraît s'être développée à la suite de la répercussion d'une affection cutanée ou arthritique, il est de précepte de rubéfier la région primitivement malade. Le traitement de la vaginite blennorrhagique sera exposé à l'occasion de la blennorrhagie.

C'est alors aussi que la vertu médicinale des substances résineuses, et particulièrement celle du baume de copahu, sera évaluée dans les inflammations vaginales; ce médicament est inopportun dans la variété qui nous occupe.

§ 2. — Vaginite chronique.

Cette affection est souvent la suite de l'inflammation aiguë du vagin. D'autres fois elle offre cette forme dès son origine. Les causes qui donnent naissance à cette phlegmasie, sont celles que nous avons fait connaître plus haut, notamment le coït et la masturbation.

Les symptômes, bien que beaucoup moins développés ici, sont analogues à ceux de l'état aigu. La douleur existe à peine, la malade n'accuse qu'un peu de gêne, de tension. Le vagin est alors moins rouge et souvent moins tuméfié, mais chez quelques femmes affectées d'anciennes vaginites, il existe un gonflement plus ou moins prononcé, dû à l'épaississement, à l'induration de la membrane muqueuse, et que le toucher fait aisément reconnaître. Le conduit vulvo-utérin est toutefois le siége d'un écoulement variable en quantité et en consistance; règle générale, lorsque la sécrétion vaginale est séreuse elle est abondante ; elle est minime en quantité, au contraire, quand elle est épaisse et d'une couleur blanc-jaunâtre, verdâtre ou grisâtre ; quels que soient les caractères physiques du produit sécrété, sa quantité augmente communément à l'approche des règles. La matière qui constitue l'écoulement des vaginites chroniques a une odeur en général fade, nauséeuse, quelquefois fétide ; examinée au microscope, elle présente les caractères de l'écoulement de la vaginite aiguë simple. (V. plus haut.)

Lorsque ces phénomènes *subaigus* se rencontrent, l'inflammation est presque toujours limitée à la moitié inférieure du vagin, comme on peut s'en assurer par l'application du spéculum; ce moyen d'exploration praticable dans la vaginite chronique, fera reconnaître une rougeur continue ou par plaques disséminées. Nous parlerons plus loin, sous le nom de leucorrhée, des écoulements indolores qui s'opèrent par les organes génitaux.

La marche de cette maladie est lente, continue, mais il n'est pas rare de constater une légère exacerbation à l'époque des règles; sa durée peut dépasser plusieurs mois.

Le diagnostic de cette maladie est facile, l'examen des parties à l'aide du toucher et du spéculum bi-valve, permet de constater presque toujours le siége et l'étendue de l'irritation chronique. Le pronostic est sans gravité, cependant la terminaison peut se faire vainement attendre longtemps.

Les caractères anatomiques rencontrés après la mort sont ceux qu'on avait

pu apprécier pendant la vie ; on a vu la membrane muqueuse épaissie, indurée, rétrécissant quelquefois beaucoup le canal vulvo-utérin ; cette membrane a été vue mais plus rarement ulcérée, cartilagineuse. Au reste cette inflammation n'était pas la cause de la cessation de la vie.

Les bases du traitement sont celles de la vaginite aiguë ; tant qu'il existe quelque légère douleur, il importe d'empêcher le coït ou la masturbation qui entretiendrait indéfiniment l'irritation. Les frictions sur la peau, l'adoption de vêtements de flanelle, enfin tous les moyens locaux et généraux que nous indiquerons à l'article leucorrhée, seront successivement employés. (V. leucorrhée.)

§ 3. — Variétés de la vaginite.

La vaginite, comme la vulvite, est assez souvent causée par diverses lésions de la membrane muqueuse, analogues à certaines dermatoses qu'on étudie séparément et qu'on ne groupe pas sous le nom générique d'inflammation de la peau. Nous allons dire quelques mots des inflammations dont l'analogie ne nous semble pas douteuse.

I. Vaginite érysipélateuse. La vaginite mérite la qualification d'*érythémateuse* ou d'*érysipélateuse*, lorsqu'on aperçoit dans le vagin des plaques très-rouges, douloureuses, plus ou moins grandes, faisant éprouver un sentiment de chaleur, de cuisson et formant un peu de saillie. Ces plaques inflammatoires ne déterminent pas d'écoulement ; mais après quelques jours de durée, elles se dépouillent d'épithélium (sorte de desquamation), alors la rougeur est moindre, un suintement apparaît sur la muqueuse dénudée. Le traitement ne diffère pas de celui de la vaginite, en général elle réclame cependant un soin particulier, c'est celui d'introduire doucement dans le vagin une mèche de charpie recouverte d'une substance mucilagineuse ou de cérat.

II. Vaginite papuleuse. La vaginite *papuleuse* est une variété d'inflammation qui n'est pas rare, surtout dans les cas de blennorrhagie. Les papules du vagin ayant été observées par M. Ricord, nous allons les faire connaître en rapportant ce qu'en a dit ce chirurgien. — « J'ai trouvé en explorant la vulve, le vagin et le col de la matrice, la muqueuse couverte de papules ou de follicules plus ou moins développés, constituant une vaginite ou utéro-vaginite papuleuse, une psorélytrie, ainsi que je l'ai nommée, et pouvant se présenter à différents degrés, tantôt sous forme de petites taches de la grosseur d'une tête d'épingle plus ou moins isolées, plus ou moins confluentes, tantôt sous la forme moins avancée de granulations en quelque sorte privées d'épithélium et ressemblant à des bourgeons charnus, tantôt enfin pouvant passer à l'état de véritables végétations. » (Mémoire sur la blennorrhagie de la femme, *Journ. des con. médico-chir.*, 1833, p. 34.)

Lorsqu'il y a absence de blennorrhagie, l'existence de papules vaginales peut être l'extension du lichen ou du prurigo de la vulve. (*V.* plus haut.) Le traitement est celui de la vaginite avec quelques modifications comme celle de l'interposition d'une mèche pour empêcher l'adhérence des parois ; le bon effet qu'on obtient des alcalins dans diverses dermatoses invitera à prescrire des lotions, des injections alcalines, lorsqu'on aura reconnu surtout l'acidité de la sécrétion vaginale.

III. Vaginite vésiculeuse. La vaginite *vésiculeuse* est plus rare, cependant l'*eczéma* des organes de la génération envahit parfois l'entrée du vagin chez quelques femmes : on voit sur la muqueuse vaginale se développer des vésicules globuleuses transparentes d'abord, puis troubles, s'accompagnant de prurit, ce sont, en un mot, des vésicules de l'herpès phlycténoïde. Dans son mémoire cité, M. *Ricord* rapporte que chez une femme, dans la partie profonde et sur le col de la matrice, la muqueuse a offert une éruption d'herpès phlycténoïde des plus caractérisée.

IV. Vaginite pustuleuse. La vaginite *pustuleuse* n'a pas été observée, nous ne doutons pas cependant de son existence, de véritables pustules se développent probablement dans le vagin chez les sujets atteints de maladies pustuleuses cutanées, mais nous n'en avons pas constaté la présence. Nous ne connaissons pas non plus de vaginite *squammeuse*. Quant aux *tu-*

bercules du vagin, ils nous paraissent pouvoir être confondus avec les grosses papules signalées par M. *Ricord.*

Les causes et le traitement de ces vaginites analogues sont et seront indiqués à l'occasion de la vaginite dans le traité des maladies de la peau.

Vaginite glanduleuse. MM. H. Blatin et V. Nivet qualifient du nom de *glanduleuse* la vaginite dans laquelle la membrane muqueuse présente sa couleur et son épaisseur naturelles; la sécrétion seule paraît altérée, la sécrétion vaginale est plus considérable, sa couleur est d'un blanc jaunâtre ou grisâtre. « Il est probable, disent ces auteurs, que dans » cette variété les follicules sont malades; » mais il nous est impossible de nous assurer de l'existence de cette lésion. » (*Mal. des fem.*, p. 210.)

Serait-ce là une vaginite analogue à quelque dermatose dont la forme élémentaire est difficile à constater?

ARTICLE X.

Hémorrhagie du vagin.

La muqueuse vaginale, riche en capillaires sanguins, est susceptible comme toutes les membranes du même ordre, de devenir le siége d'une exhalation sanguine morbide. Pendant longtemps on a même cru que le vagin était la source du sang menstruel, mais on sait aujourd'hui d'une manière positive que l'utérus est l'organe immédiat de la menstruation. Cependant quelques faits autorisent à penser que la muqueuse du vagin n'est pas toujours étrangère à la sécrétion des règles; dans deux cas observés par M. Gendrin, le sang suintait en même temps sur toute l'étendue du museau de tanche et sur la muqueuse vaginale à son extrémité supérieure. (*Traité phil. de méd. prat.*, t. II, p. 10.) On croit que le sang provient exclusivement du vagin chez les femmes qui sont réglées pendant la grossesse. Il existe encore quelques autres faits qui démontrent que le vagin peut être affecté d'hémorrhagies périodiques supplémentaires de la menstruation. Une femme à laquelle Vieussens fit l'amputation de la matrice, qui était entièrement précipitée et renversée, vit ses règles se suspendre pendant dix mois après l'opération, puis, après cette époque, elles reprirent leur cours comme à l'ordinaire; ce fait exceptionnel fit penser à Vieussens que le vagin est le véritable couloir des menstrues. (*Traité nouveau des liqueurs du corps humain*, tome II, p. 175.) Chez une autre femme, observée par M. le docteur Brierre de Boismont, dans le service de M. Lisfranc, il existait une oblitération complète du vagin à deux pouces de hauteur; à l'époque des règles on s'assura, à l'aide du spéculum, que le sang suintait de toute l'étendue du cul-de-sac du vagin. (*De la menstruation*, p. 180.) D'autres fois la muqueuse vaginale est le siége d'hémorrhagies qui ne peuvent plus être considérées comme l'effet de la déviation du molimen menstruel; elles sont le résultat de causes irritantes propres à déterminer une congestion active vers le vagin. Ces hémorrhagies sont rarement abondantes, le plus souvent un léger suintement sanguin les constitue, un sentiment de gonflement, de tension et de chaleur vers le vagin sont les seuls phénomènes qui les accompagnent. On reconnaîtrait facilement le siége de l'exhalation sanguine par l'exploration avec le spéculum. Dans un cas observé par madame Lachapelle, l'hémorrhagie vaginale fut d'abord prise pour une hématurie, parce que la malade rendait avec douleur des urines sanguinolentes; cependant une sonde ayant été introduite dans la vessie, et l'urine qui en sortit ne contenant pas de sang, madame Lachapelle pratiqua le toucher et reconnut que le sang provenait de la muqueuse vaginale. (Boivin et Dugès, *Traité des maladies de l'utérus*, tome II, p. 627.)

L'éloignement des causes irritantes, le repos, l'usage de quelques boissons rafraîchissantes, et dans quelques cas, l'emploi des réfrigérants ou des astringents sont les seuls moyens qu'il convient d'opposer à l'hémorrhagie vaginale.

ARTICLE XI.

Fistules vaginales.

Disons-le d'abord, on a abusé du mot fistule, quand on a ainsi désigné toutes les maladies que nous allons décrire. En effet, dans une fistule il y a un *conduit* ou un

canal; or, ici, dans le plus grand nombre des cas, ce *conduit* manque; il y a donc des fistules dont le *corps* manque. La fistule qui nous occupera le plus longtemps est précisément dans cette condition. En effet, où est le trajet, le véritable *corps* de la fistule vésico-vaginale, de celle qui dépend réellement d'une lésion du bas-fond de la vessie? c'est tout simplement une perforation de cette partie du réservoir urinaire, et non une *fistule*, si ce mot dérive bien du latin *fistula*. Après ces explications, acceptons la science telle qu'elle est faite et avec ses termes.

Historique. On peut dire que l'histoire des fistules vaginales est toute moderne. Il faut en effet beaucoup de bonne volonté pour trouver dans quelques mots d'Hippocrate et d'Arétée des notions réelles sur les fistules vaginales urinaires. Les Arabes, assez féconds sur les maladies des voies urinaires, surtout pour ce qui a trait aux rétentions, sont complétement muets sur le sujet qui nous occupe. Avec Fabrice de Hilden commence à peine l'histoire de cette affection, c'est-à-dire qu'il faut arriver au commencement du dix-septième siècle. Après F. de Hilden, viennent Felix Plater, Henri Van Heer, Mauriceau, qui publièrent quelques faits. Mais si la pathologie commençait à s'éclairer, il n'en était pas de même de la thérapeutique. Elle se bornait à des injections ou à des moyens trop grossiers pour être considérés comme utiles.

H. Van Roonhuysen, le premier, conseilla d'avoir recours à la médecine opératoire pour guérir les fistules vésico-vaginales. Il divisa parfaitement les deux temps de l'opération, 1° avivement des bords de l'ouverture avec un bistouri, des ciseaux, ou une pince incisive; 2° suture entortillée pour réunir ces bords. Il conseille l'emploi du spéculum pour faciliter le manuel opératoire, et, après l'opération, il veut qu'on remplisse le vagin avec une éponge. C'est donc en Hollande que le premier pas vers la guérison radicale des fistules vaginales a été fait. (*Geneesen heelkonstige anmerkingen Betrefende de Gebrechen der Vrouwen;* Amsterd. 1663.) Vint ensuite Christ Voelter, chirurgien wurtembergeois, qui fit deux fois sur la même malade l'opération indiquée par Roonhuyzen. Il ajouta un cathéter introduit dans l'urètre, et là, au lieu de la suture entortillée, il pratiqua celle à points séparés. Cette opération échoua. A Voelter revient l'honneur d'avoir mieux étudié la pathologie des fistules vésico-vaginales, que ne l'avaient fait ses prédécesseurs; il a surtout insisté sur la disposition transversale qu'affectent en général les lèvres de la fistule. (Ch. Voelter, *Neu eroffnete Hebammenschule;* Stuttg., 1679, in-8°, p. 3, cap. 8, p. 306 et suiv.)

Un médecin de Bâle, nommé Fatio (*Helvetisch vermïnftige Wehemutter*; Basil, 1752, p. 4, cap. 11, p. 284), revint plus tard à l'opération de Roonhuyzen. Il y a quelque chose de peu rationnel dans l'exécution de son procédé. La malade fut placée comme pour la lithotomie, le vagin fut dilaté au moyen d'un instrument particulier pour rendre visible l'ouverture fistuleuse: il extirpa circulairement la portion calleuse des lèvres de la fistule; cela fait, il traversa ces lèvres avec une plume bien acérée au lieu d'aiguille, et la fixa avec un fil double, comme dans le cas de bec-de-lièvre; puis il coupa les extrémités proéminentes de la plume, et laissa en place la suture ainsi pratiquée. L'opérateur prétend que le succès suivit l'emploi de cette suture. La maladie disparut pendant quatorze jours. Mais, comme le fait très-bien remarquer Hirschfeld dans sa dissertation (*De incontinentiâ urinæ post partum difficilem*, 1759) Fatio ne dit pas s'il vit de nouveau sa malade après ce temps. Dans cette omission importante commence une cause d'erreur, une cause qui fait que l'histoire de la guérison de ces fistules restera longtemps obscure, car on ne note que les accidents primitifs. On croira difficilement qu'après avoir enlevé la plume qui faisait l'office d'aiguille, l'urine n'ait pas continué à couler par les deux ouvertures qu'elle avait oblitérées momentanément.

Ces essais infructueux n'étaient pas de nature à engager les chirurgiens à les renouveler. Aussi la méthode tomba-t-elle en désuétude.

« En 1715, Hilscher (*Diss. de incontinentiâ urinæ ex partu globulis ligneis*

curandâ; Jenæ.) crut avoir mieux réussi que ses prédécesseurs. Il introduisit dans le vagin un pessaire en bois, revêtu de cire, de la forme de nos pessaires en gimblettes. Ce moyen, qui, en tout cas, ne pouvait être que palliatif, et qui devait même fort mal remplir ce but, obtint l'approbation de plusieurs célèbres chirurgiens du siècle dernier, et, entre autres, du savant Heister.

» Dans sa dissertation de *Incontinentia urinæ ex partu difficile* (*Resp.* H.-A. Verthem; Halle, 1724), Fréd. Hoffmann donne un très-bon résumé des travaux antérieurs, mais ne propose aucun nouveau moyen de traitement.

» Nous arrivons enfin à J.-L. Petit. Ce grand chirurgien apporta dans la discussion des faits et dans l'exposé du sujet, cette justesse et cette lucidité admirables de jugement qui le distinguent à un si haut degré; mais il repoussa toute idée d'opération pour la guérison de ces fistules, et sa doctrine prévalut jusqu'à ce que Chopart et Desault vinssent en appeler de son arrêt, et appliquassent le traitement par le tamponnement. La manière brillante dont ces deux chirurgiens soutinrent leur opinion, les faits qu'ils annoncèrent à l'appui, entraînèrent en France à peu près toutes les convictions, et pendant plusieurs années leur doctrine régna presque seule. » (*Des opérations que nécessitent les fistules vaginales*, par L.-M. Michon, 1841.)

Après Desault viennent Dupuytren, Delpech, Lallemand, Malagodi, Sanson, qui non-seulement admettent la possibilité de la guérison, mais citent des faits qui prouveraient qu'ils ont guéri. Arrivent enfin MM. Jobert, Velpeau, Vidal, etc. Les premiers invoquent l'autoplastie; celui-ci l'oblitération du vagin. Les travaux, les efforts de ces chirurgiens pour trouver d'autres procédés que leurs devanciers, prouvent que les procédés de ces derniers sont insuffisants; mais, selon nous, ils n'ont pas encore assez prouvé l'excellence de ceux qu'ils ont voulu substituer aux autres. Les travaux des auteurs dont les noms viennent d'être cités sont surtout exposés dans un Mémoire de M. G. Jeanselme (*Expérience*, t. VIII), dans la thèse de M. Michon et dans le livre de M. Vidal.

On verra que les travaux, les recherches, ont surtout porté sur les fistules vésico-vaginales, parce que ce sont les plus fréquentes et les plus difficiles à guérir. Aussi c'est par ces fistules que nous commencerons, après avoir fait connaître comment les fistules vaginales ont été divisées.

1° *Fistules urinaires vaginales.* Elles font communiquer le vagin avec l'urètre ou avec la vessie; de là, des fistules urétro-vaginales et vésico-vaginales.

2° *Fistules recto-vaginales.* Elles font communiquer le vagin avec le rectum.

3° *Fistules intestino-vaginales.* Elles font communiquer le vagin avec une autre partie de l'intestin.

4° *Fistules péritonéo-vaginales.* Elles font communiquer le vagin avec la cavité du péritoine.

Viennent enfin des fistules qui font communiquer le vagin avec une cavité accidentelle, résultant, soit d'un abcès, soit d'un kyste, qui, développé dans les organes voisins, est venu s'ouvrir dans ce canal. (Michon, *Thèse citée*, page 20)

§ I. Fistules urinaires vaginales.

Nous comprenons sous ce titre les fistules vaginales par lésion du bas-fond de la vessie, et les fistules par lésion de l'urètre.

Causes. Des plaies produites par un accident, une fausse manœuvre ou même une opération réglée, peuvent être suivies de fistules. Ces plaies ont été causées par des chutes faites sur un instrument plus ou moins piquant, par les opérations d'extirpation du col de l'utérus, par le crochet, par le brise-tête, le forceps. Quand la plaie est nette, sans forte contusion, elle est placée dans les conditions de celle qui résulte de la taille vésicale par le vagin. Souvent il n'y a pas fistule, ou, si elle survient, elle se prête mieux à l'action des moyens chirurgicaux que les fistules dues aux autres causes (Vidal). Voici ce que M. Velpeau dit sur cette taille, comme cause : « Sur trois femmes opérées par M. Clémot, une a eu une fistule; trois des malades opérées par M. Flaubert en ont été affectées, et une opérée par M. Rigal

n'a pas été plus heureuse. » (*Leçons orales* recueillies par M. G. Jeanselme, tome II, page 140.)

Des causes plus rares sont les abcès développés dans la paroi vésico-vaginale, qui en s'ouvrant peuvent perforer cette paroi. Dieffenbach parle d'une de ces fistules produite par la rupture d'une tumeur dans le vagin. Les corps étrangers contenus dans le vagin produisent parfois le même résultat que les corps étrangers contenus dans la vessie. Les fistules provenant de ces dernières causes sont plus difficiles à guérir que les précédentes. « Cependant, dit M. Vidal, celles qui proviennent du passage d'un calcul de la vessie dans le vagin peuvent se trouver dans des conditions favorables à la guérison, qui sera plus facile encore que celle des fistules provenant des plaies. En effet, le calcul, s'il est petit, au lieu de perforer directement le bas-fond de la vessie, peut le labourer et sortir de la vessie, comme les uretères y entrent; alors, au lieu d'un trou, il y a un trajet, ce qui est une condition favorable à la guérison.

» Des ulcérations de plusieurs natures peuvent perforer la cloison vésico-vaginale. Quand ces ulcérations sont cancéreuses, que le cancer ait son point de départ à l'utérus, au rectum, à la vessie ou au vagin même, peu importe, la fistule alors n'est plus qu'un épiphénomène auprès de la dégénérescence cancéreuse, et c'est contre celle-ci que toute l'attention du praticien doit être portée. On a parlé d'ulcérations vénériennes qui auraient produit cette espèce de fistule. Je voudrais connaître des observations bien détaillées de cette cause de fistule. J'ai bien vu, dans ma pratique, des ulcères vénériens; je n'en ai jamais rencontré un seul sur cette partie du vagin. » (*Pathol. ext.*, tome V, p. 568.)

Cependant à propos de ces ulcérations, M. Michon s'exprime ainsi : « Si la fistule a été la cause d'un ulcère vénérien, ainsi que Hunter et M. Ricord disent l'avoir observé » (*Thèse* de M. Michon, pag. 28); mais où sont les observations?

Continuons l'exposé des causes d'après M. Vidal. La cause qui est de beaucoup la plus fréquente, la plus puissante des fistules vésico-vaginales est la pression de la tête ou d'une autre partie de l'enfant sur la vessie de la mère pendant un accouchement long, laborieux. Cette pression détermine une mortification d'une partie de la vessie avec inflammation plus ou moins intense des environs. Il y a d'abord rétention d'urine; ce qui est dû au gonflement des parties, puis incontinence, c'est-à-dire passage de l'urine dans le vagin. Autour de la mortification, j'ai dit qu'il y avait une inflammation vive; sur un point, la cloison vésico-vaginale a été complétement mortifiée, et là, la perforation a été complète; plus loin, elle n'a pas été complète; une partie seulement de l'épaisseur de la cloison a été éliminée; alors, sur les tissus que l'escarre a laissés à nu, se forme une cicatrice plus ou moins épaisse, représentant quelquefois des nœuds, des brides, comme celles des brûlures. On notera bien ce fait, sur lequel l'attention des chirurgiens ne s'est pas assez portée. (*Loc. cit.*)

Siége des fistules. C'est là un point très-important de l'histoire des fistules vésico-vaginales. On verra que dans les questions que nous agiterons pour établir l'authenticité des cures que les praticiens prétendent avoir opérées, il faudra constamment se demander quel était le siége précis de la fistule. Elle peut n'attaquer que l'urètre, et être assez peu profonde pour qu'on puisse la voir sans spéculum, seulement en dilatant le vagin avec les doigts, c'est la fistule urétrale, et on conçoit déjà que celle-ci n'a pas la gravité de celles que nous allons indiquer.

La perforation peut atteindre le point intermédiaire à l'urètre et à la vessie, c'est-à-dire le col de cet organe; alors elle empiétera plus du côté de l'urètre ou du côté de la vessie, et ce cas est le plus grave. Sur ce point, c'est-à-dire vers le col, l'épaisseur des lèvres de la fistule est plus considérable, ce qui est une circonstance favorable pour les opérations destinées à réunir ces lèvres. Mais aussi, si la plus grande partie du col est emportée par la mortification, suite d'un accouchement malheureux, le ressort, le sphincter vésical, est détruit, et pour réparer, il y a presque impossibilité. Le plus malheureux, c'est, comme nous l'avons déjà fait

pressentir, quand le col et une partie du corps de la vessie sont détruits en même temps. Dans les perforations du bas-fond de la vessie, il faut distinguer celles qui sont devant les orifices vésicaux des urétères et celles qui sont en arrière de ces orifices. Dans ces perforations, il faut aussi mesurer l'espace qui les sépare du col utérin. Ainsi, dans les mesures à prendre, on partira du méat urinaire ou du col utérin. Ce point de départ est plus trompeur, car le col est le plus souvent dans une position anormale, position d'ailleurs qui peut varier d'un jour à l'autre, selon que la femme sera restée longtemps couchée ou qu'elle se sera livrée à des exercices un peu durs et dans la station verticale. Il vaut donc mieux, sans négliger le point de départ que nous venons d'indiquer, il vaut mieux partir du méat urinaire pour établir de justes mesures sur le siége des fistules en question.

Étendue, direction de la fistule. Ces deux points sont importants à considérer, surtout le premier. 1° Il est évident que s'il ne s'agit que de ce qu'on appelle un pertuis fistuleux, il y aura grandement à modifier le pronostic de l'affection, car le traitement sera le plus souvent fructueux: mais si déjà la fistule a cinquante millimètres ou un centimètre, le pronostic change, il s'aggravera en effet en raison directe de cette étendue. Si la fistule a dans un sens l'étendue que nous venons d'indiquer, et dans un autre une étendue plus ou moins analogue, c'est-à-dire si les bords sont écartés, si enfin il y a perte de substance, alors le pronostic a toute sa gravité, et malheureusement ce sont là les cas les plus fréquents, car, comme nous l'avons dit, ces fistules sont dans le plus grand nombre des cas causées par la mortification d'un point de la vessie ou de l'urètre. Aussi, quand vous entendrez les pathologistes dire que ces fistules sont incurables, pour ne pas leur prêter une absurdité dont ils sont incapables, il est nécessaire que vous reteniez que ces chirurgiens entendent parler de vraies perperforations du bas-fond de la vessie avec perte de substance;

2° La direction de la fistule, c'est-à-dire le sens de son plus grand diamètre, est aussi à considérer. Il peut être,

a. Parallèle à l'axe de l'urètre, c'est le plus rare, ce sont les fistules longitudinales;

b. Parallèle à la fente du col utérin (fistules transversales), ce sont les plus fréquentes. Maintenant on peut supposer, et il y a réellement, des fistules dans les sens intermédiaires (fistules obliques).

Symptômes. Le premier qui avertit la malade, c'est l'écoulement involontaire de l'urine. Mais le praticien attentif et instruit, celui, par exemple, qui a suivi avec soin ce qui s'est passé après un accouchement laborieux, celui-là peut observer d'abord et apprécier un phénomène contraire, c'est-à-dire la rétention d'urine, qui lui indique que sous peu il y aura incontinence. En effet, peu de temps après un accouchement avec présence longtemps prolongée de la tête dans le petit bassin, il y a des tuméfactions qui portent sur le col vésical, sur l'urètre, lesquelles empêchent l'urine de s'échapper en temps opportun. L'écoulement de l'urine par une voie anormale une fois établi, c'est-à-dire la fistule une fois constituée, ne présente pas toujours les mêmes caractères. Elle ne *donne* pas toujours de la même manière. En effet, l'urine peut couler *continuellement* ou de *temps en temps*, cet écoulement peut varier en quantité, il peut même cesser selon les positions que la malade prendra. Tous ces phénomènes pouvaient être prévus par ceux qui ont bien étudié les points de l'histoire des fistules que nous venons de citer.

Il n'est pas difficile d'établir *à priori* qu'une fistule qui porte sur l'urètre ne *donnera* qu'au moment de l'émission involontaire de l'urine. Ici il n'y aura pas incontinence seulement, l'urine n'arrivera pas au méat naturel, elle sortira par un *méat accidentel.* Au contraire, la fistule du bas-fond de la vessie sera avec incontinence, ceci n'a pas besoin d'explication. Et encore il ne faut pas croire que l'urine coule continuellement dans toutes les positions. L'observation prouve en effet qu'il est des femmes affectées d'une fistule réelle du bas-fond de la vessie, qui ne perdent pas pendant qu'elles sont assises, d'autres pendant qu'elles sont couchées. Ces différences sont dues

au diamètre de la fistule, à sa direction, au trajet qu'elles parcourent dans l'épaisseur de la vessie, là où elle est épaisse, c'est-à-dire vers le col. Voilà pourquoi il ne faut jamais négliger de faire changer la position de la personne qui vous est présentée comme guérie.

« Il faut donc faire varier la position des malades quand on veut constater l'existence d'une fistule, et surtout les prétendues guérisons. On me montra un jour une malade comme guérie; elle était couchée, et je constatai qu'en effet il ne sortait point d'urine par le vagin : mais je demandai qu'on voulût bien prier cette femme de se lever pour faire seulement le tour du lit. Elle arrosa le parquet pendant cette courte promenade ! Une chose qu'il faut constater avec soin, c'est la distance qui se trouve entre le méat urinaire et la fistule. Il y a entre ce méat et le commencement du corps de la vessie trente à trente-deux millimètres; eh bien ! si la fistule est moins profonde que cela, c'est une fistule urétrale. Si on avait pris ces précautions, dans l'examen des malades réputées guéries, nous aurions moins de fausses guérisons dans les livres et les journaux. » (Vidal, *Traité de pathologie externe*, tome v, page 567.)

Pour compléter le diagnostic, ajoutons ce passage des leçons orales de M. Velpeau.

« Il est difficile, dit-on, de se tromper dans le diagnostic des fistules-vésico-vaginales. Ici il faut s'entendre : si l'on veut dire par là qu'il est aisé de constater que la cloison vésico-vaginale est perforée, on est dans le vrai; car, à l'aide d'un spéculum, ou bien d'une sonde introduite dans la vessie et d'un doigt porté dans le vagin, ou mieux encore lorsque la fistule est très-étroite, au moyen d'un liquide coloré qu'on injecte dans le réservoir urinaire, tous les doutes sont bientôt levés à cet égard. Mais il ne suffit pas aujourd'hui de savoir que l'urine sort par le canal vulvo-utérin, il est une foule d'autres particularités qu'il faut nécessairement connaître. Entrons dans quelques détails à ce sujet.

» L'écoulement des urines par la fistule peut indiquer jusqu'à un certain point quel est le siége précis de la lésion. Ainsi, lorsque la solution de continuité existe au col de la vessie, l'urine ne coule point d'une manière continue, surtout si la malade reste tranquille dans son lit. Dans ces cas, on a vu des femmes rester plusieurs heures sans perdre une seule goutte d'urine par le vagin; alors encore, si la perforation est petite, il peut s'écouler une grande partie du liquide par l'urètre. Lorsque la fistule a son siége au-dessus de l'ouverture des uretères, les malades peuvent aussi garder plus ou moins longtemps leurs urines, surtout si elles restent assises ou debout, vous en comprenez facilement la raison. Notez d'avance que ces cas sont les plus favorables à la guérison. Lorsqu'au contraire la solution de continuité occupe le bas-fond de la vessie, l'urine s'écoule continuellement par le vagin; et c'est là, comme nous le dirons plus tard, le principal obstacle à la cure radicale de la maladie. Je dois ajouter qu'on peut aussi reconnaître le siége précis des fistules vésico-vaginales à l'aide d'une exploration attentive par le vagin.

» Vous pourrez reconnaître avec assez de facilité la forme, l'étendue et la direction des fistules vésico-vaginales au moyen d'un bâton de cire molle d'un volume assez considérable pour remplir le vagin sans trop le distendre. Ce corps, introduit dans ce canal et retiré avec précaution, vous fournira sur sa surface des notions à peu près exactes sur ce sujet. » (*Leçons orales* recueillies par M. G. Jeanselme, tome II, page 241 et suiv.)

Complications des fistules urinaires vaginales. L'étude des complications de la fistule urétro et vésico-vaginale est d'une haute importance, parce que, parmi ces complications, les unes nécessitent des opérations particulières, les autres rendent impossible toute espèce d'opération.

1° *Diminution de capacité de la vessie.* Si la fistule est assez étendue pour laisser passer toute l'urine qui arrive dans la vessie, celle-ci n'étant plus distendue par l'accumulation du liquide dans sa cavité, on conçoit qu'elle doit diminuer de volume, perdre une grande partie de sa capacité, et que cette diminution doit être d'autant plus sensible, que la maladie est plus ancienne. (Michon, *Thèse cit.*, p.25.)

Quand nous en serons au traitement,

et surtout à l'appréciation de la méthode de M. Vidal, nous parlerons de l'influence du retrait de la vessie sur elle-même dans les insuccès des opérations ; continuons, d'après l'auteur de la thèse citée, l'étude des lésions qui compliquent les fistules.

2° *Rétrécissement ou oblitération de l'urètre.* Si l'urine a cessé complétement de s'écouler par l'urètre, celui-ci revient sur lui-même, se rétrécit et peut même s'oblitérer complétement. Parmi les cas les plus remarquables d'oblitération du méat urinaire, je rappellerai celui de Schulzius, cité par Fr. Hoffmann, son élève (1), qui, ayant employé inutilement le siphon de Henri van Heer pour une fistule vésico-vaginale, examina alors avec soin, et ne put trouver aucune trace de méat urinaire, ni de canal urétral; et celui si célèbre de Saucerotte (2), dans lequel, quelques tentatives que l'on eût faites, on ne put trouver la route de l'urètre.

3° *Renversement de la vessie.* Assez souvent la vessie, en même temps qu'elle revient sur elle-même, se renverse de telle manière que sa partie supérieure vient s'engager dans la fistule. On sent alors, en introduisant le doigt dans le vagin, que la perte de substance est remplie et comme comblée par la membrane muqueuse vésicale, qui fait de ce côté une saillie considérable.

4° *Brides dans le vagin.* A la chute de l'escarre succède une solution de continuité dont les bords se cicatrisent et circonscrivent la fistule; mais quelquefois cette cicatrice est formée par des brides qui se portent, soit d'un côté de la fistule à l'autre, en traversant son ouverture, soit sur les parties latérales, soit enfin d'une paroi du vagin à la paroi opposée, et dans des directions variées.

5° *Rétrécissement du vagin.* « Lorsque l'inflammation a été très-intense, et la plaie consécutive à la chute de l'escarre très-étendue, il peut se faire que le vagin subisse un rétrécissement : tantôt toute la partie du canal placée au-dessous de la fistule, se rétrécit (J.-L. Petit); tantôt, et le plus souvent, le rétrécissement porte seulement au niveau de la cicatrice, et alors il y a une sorte de cloison valvulaire qui divise le vagin en deux parties, l'une supérieure, l'autre inférieure, comme dans les cas rapportés par Chopart (1), Deyber (2). La partie supérieure, espèce de cloaque dans lequel il y a communication facile de la vessie au vagin, reçoit l'urine et la transmet au dehors par l'orifice qui reste au milieu du rétrécissement. Il ne peut y avoir occlusion complète du vagin, car la même cause qui entretient la fistule vésico-vaginale, c'est-à-dire le passage continuel de l'urine, doit empêcher aussi cette occlusion d'avoir lieu. Outre la gêne qu'une semblable complication doit apporter dans l'exécution des opérations, on comprend qu'elle peut être la source d'accidents graves, en permettant difficilement le passage du sang au dehors aux époques menstruelles. J.-L. Petit (3) raconte à cet égard le fait intéressant d'une dame chez laquelle l'orifice de communication entre les parties supérieures et inférieures était tellement petit, que le sang des règles y passait avec beaucoup de peine, et que celles-ci étaient accompagnées de coliques intenses et d'accidents très-graves. » (Michon.)

6° *Concrétions calculeuses.* Des calculs peuvent se former dans la vessie chez les femmes atteintes de fistules vésico-vaginales; ils peuvent aussi avoir lieu au-dessus d'un rétrécissement du vagin, comme cela se remarque en effet, dans le cas précédemment cité, de J.-L. Petit; d'autres fois l'urine dépose dans l'intérieur du vagin, et même à l'extérieur, de petites concrétions calculeuses, qui, s'implantant dans la muqueuse ou dans la peau des parties extérieures de la génération, augmentent considérablement les douleurs déjà causées par le contact anormal des urines sur ces parties. J.-L. Petit (4) cite, dans sa première observation, une malade tourmentée par ces incrustations, obligée de les faire enlever tous les huit ou dix jours; elles ne repoussèrent plus dès qu'il lui eut conseillé de ne plus mettre de tampon dans le vagin. On trouve cette

(1) Fr. Hoffmanni *Opera. De incontinentia urinæ ex partu difficili.*

(2) Saucerotte, Mémoires de chirurgie, t. II.

(1) Chopart, Maladies des voies urinaires, p. 483.

(2) Deyber, Mémoire sur les fistules urinaires vaginales. (Répertoire de Breschet, t. v.)

(3) J.-L. Petit, Traité des maladies chirurgicales.

(4) *Loc. cit.*

espèce de complication assez fréquemment citée dans les auteurs anciens ; si elle est plus rare de nos jours, cela tient à ce que l'on conseille plus souvent aux malades les injections et les autres moyens palliatifs convenables.

De nos jours, en effet, il n'est plus question de ces concrétions. Nous avons vu un bon nombre de fistules vésico-vaginales. Nous avons interrogé plusieurs praticiens très-bien placés pour en observer, et il ne nous a pas été possible de connaître un fait récent de cette complication.

7° *Végétations.* « Fr. Hoffmann (1) rapporte, d'après Henri van Heer, l'observation fort remarquable d'une malade qui, après un premier accouchement laborieux, perdit son urine par le vagin ; l'intérieur de ce canal, l'extérieur de la vulve, irrités par ce liquide, devinrent le siége de végétations sur la nature desquelles il n'insiste pas. Elles étaient tellement nombreuses, qu'elles formaient à l'extérieur du vagin une saillie qu'il eût été impossible d'embrasser avec les deux mains (*ut vix duæ manus ad illas verrucas comprehendendas suffecerint*).

» On peut observer à la fois la fistule recto-vaginale et la fistule vésico-vaginale. Hilscher, cité par Fr. Hoffmann, raconte à cet égard le fait suivant :

« Une femme de quarante ans, qui, à la suite d'un accouchement, perdait son urine par le vagin, se plaça elle-même, par le conseil d'une autre femme, un tampon composé d'étoupe, de linge et de fil. Ce tampon empêcha pendant dix ans l'écoulement de l'urine. Au bout de ce temps, des incrustations qui s'y formèrent le rendirent trop volumineux ; il se dérangea. La malade, essayant de le replacer, fit tomber une partie de ces incrustations ; de là des inégalités qui déchirèrent la cloison recto-vaginale ; elle eut tout à la fois fistule vésico-vaginale et recto-vaginale.

8° » La fistule vésico-vaginale peut se compliquer d'affection cancéreuse dans divers organes, mais plus particulièrement dans la vessie et le vagin ; c'est même souvent un cancer ulcéré de ces derniers organes qui donne naissance à la fistule ; elle peut se compliquer aussi de syphilis constitutionnelle et de toute autre maladie aiguë ou chronique. » (*Thèse citée de concours*, Michon.)

(1) J.-L. Petit, Traité des maladies chirurgicales.

Opérations préliminaires dans le but de lever les complications des fistules urinaires vaginales.

Non-seulement les complications rendent la cure plus difficile, mais elles peuvent encore rendre difficile et même impossible l'application des divers procédés opératoires proposés pour obtenir cette cure.

Les rétrécissements de l'urètre qui ne vont pas jusqu'à l'oblitération doivent être traités par la dilatation avec les sondes et les bougies de plus en plus volumineuses. Weiss a fait construire, dans le même but, un instrument dilatateur particulier, dont il est question dans plusieurs observations insérées par les journaux anglais.

S'il y a oblitération complète de l'urètre, on doit chercher à rétablir la voie naturelle de l'urine, pour traiter ensuite la fistule vésico-vaginale ; mais on n'y est pas parvenu jusqu'ici. Dans le cas de Henri van Heer, ce chirurgien proposa une opération pour rétablir le calibre de l'urètre ; la malade s'y refusa, influencée qu'elle était par son mari. Fr. Hoffmann, qui le rapporte, ne dit pas si l'on apercevait bien la place du méat urinaire, et si l'opération proposée par Henri van Heer eût été d'une exécution facile. Un obstacle des plus remarquables se présenta dans le cas de Saucerotte. Il fut impossible de trouver la place de l'ancien orifice de l'urètre, et, par suite, de pratiquer une opération méthodique.

En vain Saucerotte, examinant avec grand soin, chercha-t-il à introduire un stylet délié et boutonné dans les plus petits orifices qu'il rencontra à la place habituelle du méat urinaire ; en vain introduisit-il une vessie de porc dans le vagin pour le distendre avec de l'air, afin d'exercer une compression forte, qui devait forcer l'urine à faire saillie du côté du canal excréteur. On vit aussi échouer le moyen ingénieux proposé, à cette occasion, par

Percy (1). Ce moyen consistait à introduire une sonde de gomme élastique par la fistule, à la faire marcher, d'arrière en avant, à travers le col de la vessie, jusqu'à ce qu'il fût possible de la sentir avec le doigt, soit par le simple toucher, soit à l'aide de percussions légères, dirigées d'arrière en avant.

Si, comme dans le cas de Saucerotte, l'urètre est oblitéré complétement dans toute sa longueur, il doit être de toute impossibilité de retrouver et de suivre la voie habituelle de l'urine; alors on doit s'abstenir de toute opération. Si l'obstacle ne portait que sur le méat ou dans un point limité du canal, il serait possible de rétablir celui-ci par une ponction avec le trois-quarts ou le bistouri. On pourrait se guider sur une sonde placée d'arrière en avant, d'après le précepte de Percy. Mais nous croyons que la complication dont il s'agit est extrêmement rare. Pour les opérations ordinaires, par les procédés que M. Vidal appelle *directs*, le rétrécissement du vagin est un embarras, parce qu'il empêche d'apercevoir convenablement la fistule, de faire agir les instruments nécessaires. Dans un cas où le rétrécissement était formé par une sorte de valvule circulaire, Chopart (2) l'incisa pour appliquer ensuite le tamponnement; il trouva ensuite la communication entre la vessie et le vagin tellement large, qu'il renonça à ce moyen.

Pour une semblable fistule, Erhman, d'après M. Deyber (3), incisa aussi la valvule, tamponna le vagin avec de la charpie recouverte d'un linge fin, et finit par employer la suture.

Qui empêche de négliger les incisions et de dilater le vagin avec des mèches progressivement plus volumineuses, introduites dans cet organe?

M. Luke (4) dilata préalablement le vagin avec l'instrument employé par Weiss pour l'urètre, et fit ensuite une suture qui échoua.

Quand la coarctation du vagin se complique de la présence d'un calcul, il faut pratiquer à la partie supérieure de ce canal une opération qui a pour but, ou simplement de débarrasser la malade du calcul, ou de favoriser plus tard une opération destinée à traiter la fistule. Dans le fait de J.-L. Petit, il se forma un calcul au-dessus du point rétréci. Ce célèbre chirurgien pratiqua, comme il le dit lui-même, une opération de taille toute particulière. Il fit construire à dessein un petit gorgeret et une sonde cannelée; il glissa sur cette dernière un bistouri, et coupa, en haut et sur les deux côtés, le vagin rétréci qui servait d'urètre; puis il chargea la pierre avec une tenette en forme de tire-balle, prit de grandes précautions pour ne pas saisir en même temps les parois de la vessie, et brisa la pierre; plusieurs fragments furent retirés immédiatement, et il laissa les autres s'échapper d'eux-mêmes par la fistule; enfin, il s'attacha à tenir dilaté le vagin, qui, trop rétréci, causait des accidents aux époques menstruelles. Il se servit, dans ce but, d'un bouchon de liége, qu'il voulut maintenir dans le vagin pendant toute la durée de la formation de la cicatrice. La malade ne se prêta pas convenablement à ce genre de traitement, et J.-L. Petit n'obtint qu'une partie du résultat qu'il s'était proposé. (Michon, *loc. cit.*) On voit ici une application du *débridement multiple* et une espèce de lithotritie. Le calcul, au lieu d'être au-dessus d'un rétrécissement du vagin, peut être dans la vessie même; on procédera alors à son extraction : si la fistule était très-étroite, on devrait avoir recours aux méthodes ordinaires de lithotomie. Si la fistule était plus considérable, on pourrait faire sortir le calcul par la voie qu'elle a ouverte, pour procéder ensuite à la réunion, comme cela a été tenté dans l'observation suivante. Cette observation serait on ne peut plus remarquable, si la fin n'était pas si brusque, et si on disait avoir vu plusieurs fois et longtemps après la malade guérie; car il y aurait ici deux succès : succès de l'opération de l'extraction du calcul; succès de l'opération qui consiste à faire adhérer les bords de la fistule, chose extrêmement difficile. On remarquera cependant que la fistule en question est survenue après *une blessure*

(1) Percy, Réponse à Saucerotte, dans les Mémoires de chirurgie de ce dernier.

(2) Maladies des voies urinaires, p. 483.

(3) Répertoire d'anatomie phys.-pathol. de M. Breschet, t. V.

(4) *The Lancet*, t. I, 1832-1833, p. 679.

et non une gangrène, ce qui la rendait plus facilement curable.

« En janvier, je fus consulté par miss H..., âgée de quarante-cinq ans. Depuis vingt mois elle avait cessé d'être réglée; il y avait onze ans et demi qu'elle souffrait d'une incontinence d'urine, résultant d'une blessure qu'elle avait reçue pendant son accouchement, mais depuis plus d'un an, outre les souffrances qu'elle éprouvait par suite de l'écoulement continuel de son urine par le vagin, elle avait ressenti une douleur vive dans les reins et la vessie, accompagnée d'une saillie constante dans les parties, comme si, suivant l'expression de la malade, son corps voulait se vider.

» En introduisant une sonde dans la vessie, je trouvai que l'aggravation de ces symptômes était occasionnée par un volumineux calcul qui s'était formé dans la vessie, et mon doigt, placé dans le vagin, put le sentir directement à travers la plaie fistuleuse par laquelle l'urine s'écoulait. Au lieu donc d'opérer de la manière ordinaire, je cherchai à dilater l'ouverture déjà existante, afin d'extraire la pierre.

» Le 24 janvier, après avoir fixé la malade avec des liens, comme pour la lithotomie, j'introduisis une sonde droite en bois, par l'urètre, dans la vessie, et de là dans le vagin. J'agrandis la fistule vésico-vaginale avec un bistouri boutonné, jusqu'à ce que l'ouverture fût suffisante pour permettre l'introduction d'une pince. Le calcul étant brisé en plusieurs pièces, il devint alors nécessaire d'introduire la pince plusieurs fois avant que la vessie fût entièrement vidée; et afin qu'il ne restât rien pour former le noyau d'un autre calcul, un cathéter en gomme élastique fut introduit par l'urèthre dans la vessie pendant plusieurs jours; des injections d'eau chaude, qui ressortaient par le vagin, entraînaient avec elles tous les fragments capables d'adhérer aux parois de la vessie. L'extraction du calcul soulagea la malade des derniers symptômes qu'elle avait éprouvés; mais l'incontinence persistait avec ses mêmes inconvénients. Je crus prudent d'attendre quelque temps avant de pratiquer une nouvelle opération, et ce ne fut que le 10 mai que je la tentai.

» La malade, placée sur une table, appuyée sur les coudes et les genoux, les parties génitales externes écartées autant que possible par deux aides, afin de mettre en vue la fistule, qui était située immédiatement au-dessous du col de la vessie, je saisis la portion indurée du bord vésical avec un crochet, et je commençai, avec un bistouri en forme de lance, à enlever une portion elliptique qui comprenait toute la lèvre calleuse qui environnait la fistule; le grand axe de l'ellipse était transversal. Tout jusque-là fut facile; mais, par suite du grand état de contraction des parties, les autres temps de l'opération ne furent exécutés qu'avec beaucoup de difficultés, et je n'aurais pu parvenir à passer les sutures si je n'avais fait usage d'aiguilles très-fortement recourbées, et d'un porte-aiguilles que je pouvais dégager à volonté, celles-ci étant ensuite retirées avec des pinces à disséquer. De cette manière, trois fils dorés furent passés, et, en les tordant, les bords incisés furent mis en contact et maintenus dans un rapprochement complet jusqu'à ce que la réunion fût opérée. L'une des sutures fut détachée le neuvième jour; la seconde, le douzième; mais la troisième ne fut enlevée qu'au bout de trois semaines.

» Après l'opération, la malade fut mise au lit, avec ordre de se coucher sur le ventre; une sonde en gomme élastique fut laissée à demeure. Il n'y eut pas le plus léger écoulement d'urine par le vagin, et l'opération eut un succès complet. » (Gosset, *The Lancet*, 1834-1835, tome I, page 345.)

M. Gosset insiste beaucoup sur les avantages des fils dorés. On notera la position particulière qui fut donnée à la femme pendant l'opération.

Méthodes opératoires.

En les considérant dans leur ensemble, on voit, comme M. Vidal, qu'elles peuvent être divisées en deux catégories : 1, Méthode directe, 2, Méthode indirecte.

A. *Méthode directe.* 1° Tampon. Desault et Chopart ont proclamé les avantages du tampon combiné avec la sonde. L'ancien chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Paris commençait par détourner l'urine du trajet de la fistule, il dilatait l'urètre, in-

troduisait dans la vessie une large sonde qu'il laissait toujours débouchée, au moins au commencement du traitement. Desault avait inventé, pour fixer cet instrument dans la vessie, un bandage particulier qui n'incommodait pas la malade, même pendant la marche : il croyait rapprocher les bords de la fistule par un tampon introduit dans le vagin, ou une compresse en forme de doigt de gant, remplie de charpie ; ou bien c'était un morceau de liége ou toute autre substance de forme cylindrique, enduite de gomme élastique ou de cire, et assez volumineux pour remplir le vagin sans le distendre. Ce corps étranger tendrait à rapprocher le bord de la fistule qui est près du col de la vessie, du bord opposé. Ainsi une fistule ronde deviendrait transversale, ce qui favorise la cicatrisation ; et le vagin étant rempli, l'urine ne pourrait plus y arriver. « C'est ainsi, dit Desault, que nous sommes venu à bout de guérir de ces fistules urinaires vaginales très-anciennes, à travers lesquelles nous pouvions facilement porter deux doigts dans la vessie. Nous croyons devoir observer que le traitement de ces fistules est nécessairement long, et que souvent la guérison n'a été parfaite qu'au bout de six mois ou un an. »

Nous ne pouvons revenir de notre étonnement en lisant ces lignes de Desault que nous avons citées textuellement à dessein. Laissons parler à ce sujet M. Michon :

« La manière dont s'exprime ce grand chirurgien semble indiquer que cette méthode a eu entre ses mains plusieurs succès, et dans des circonstances assurément assez peu favorables, car les expressions ne laissent aucun doute sur l'ancienneté, sur l'étendue des fistules. La plupart des auteurs modernes n'ont pas admis sans restriction les résultats annoncés par Desault. La plupart ont pensé qu'il y avait eu erreur ou insuffisance dans les faits énoncés par lui ; on est même allé jusqu'à dire que Desault n'était pas convaincu des succès dont il parle. Les œuvres de Desault ne contiennent pas, à la vérité, d'observations détaillées : les faits propres à ce chirurgien, et sur lesquels sa doctrine repose, échappent donc à une discussion de détails ; ils perdent, par conséquent, la plus grande partie de leur valeur. Il est loisible à chacun d'admettre que les malades traitées par lui, ou bien avaient des fistules de l'urètre, ou bien qu'elles n'ont pas été suffisamment examinées après leur traitement, pour qu'on établît qu'elles avaient été radicalement guéries, et que la guérison s'est maintenue. » (*Loc. cit.*)

Cette critique est très-juste, nous la faisons remarquer parce qu'elle est malheureusement applicable à beaucoup de faits, beaucoup de guérisons d'une date beaucoup plus récente. Chopart a surtout parlé en faveur de la dilatation de l'urètre et de la sonde à demeure. Mais Chopart, sur quoi s'appuie-t-il ? sur des faits auxquels on peut adresser à peu près les mêmes reproches qui ont déjà été formulés. Voici d'ailleurs l'observation la plus célèbre, celle qu'on cite toujours quand on veut préconiser le moyen employé par Chopart. Cette observation est empruntée au livre remarquable de ce chirurgien.

« Une dame, âgée de vingt ans, d'un bon tempérament et bien conformée, accoucha d'un premier enfant le 1er septembre 1781. L'accouchement fut terminé par le levier. Peu de temps après, inflammation de la vessie et des parties génitales, combattue avec succès par les antiphlogistiques ; les urines, suspendues pendant trois jours, s'écoulèrent par le vagin ; une escarre gangréneuse de la grandeur d'un demi-pouce, se détacha de ce conduit, et permit à l'urine de passer plus facilement.

» Par l'inspection, et au moyen d'injections faites dans l'urètre et sortant par le vagin, on reconnut qu'il y avait communication entre ces deux conduits. A l'aide d'un doigt placé dans le vagin et d'un gros stylet placé dans l'urètre, on jugea que cette ouverture, qui pouvait avoir trois lignes d'étendue, était située au col de la vessie, du côté de son bas-fond, qu'elle était située transversalement et de forme allongée ; les bords étaient durs, calleux ; le vagin et les grandes lèvres étaient excoriés.

» Cette dame consulta plusieurs chirurgiens de province, qui lui conseillèrent des pessaires de différentes formes. Pendant deux mois elle porta un pessaire cylindrique, qui eut pour effet d'empêcher l'écou-

lement des urines lorsque cette dame était dans une position horizontale; mais lorsqu'elle était debout, le liquide s'échappait malgré ses efforts. Des bougies creuses et pleines furent employés sans succès, elles fatiguaient la malade.

» Après être restée quelque temps sans avoir recours à aucun traitement, et sans éprouver de changements, elle consulta Desault. Ce chirurgien, après avoir reconnu le siége de la fistule au lieu indiqué, conseilla de porter à demeure, dans l'urètre, une sonde creuse de gomme élastique, de manière qu'elle dépassât d'environ un pouce l'ouverture fistuleuse; des injections mucilagineuses dans le vagin, le repos et le décubitus sur le dos furent également prescrits. Malgré les callosités qui se trouvaient dans le vagin et l'urètre, il porta dans ce dernier canal des sondes dont il augmenta successivement la grosseur, et traita les excoriations de la vulve et des cuisses par l'eau végéto-minérale et les onctions avec du cérat de saturne. Cette dame resta pendant deux mois se tenant souvent couchée sur le côté. Comme la sonde, laissée ouverte, fatiguait la vessie, et que l'écoulement de l'urine sur la peau augmentait la cuisson et entretenait les excoriations, on ferma la sonde avec un bouchon que l'on ôta d'abord toutes les demi-heures, puis toutes les heures, pour donner issue au liquide. Après trois mois la fistule était presque totalement fermée; les callosités étaient ramollies; l'urine passe par l'urètre, quelques gouttes sortent pendant la marche. Cette dame, de retour dans son pays, a continué quelque temps l'usage de la sonde; depuis, elle est accouchée deux fois avec bonheur, et elle paraît parfaitement guérie de sa fistule. » (Chopart, *Maladies des voies urinaires*, tome I, page 448.)

Ainsi cette observation est terminée par ces mots : *paraît* être guérie; ce qui n'est pas une affirmation comme il en faut pour annoncer une cure radicale. Et encore qui fournit ce détail? On n'en sait rien. Le chirurgien dit seulement que la fistule était *presque* totalement fermée. Il est donc permis d'élever des doutes sur la guérison radicale de cette malade. Il faut noter aussi que la fistule, de forme transversale, était, dit-on, au col de la vessie. Qui sait si ce n'était pas l'urètre qui était atteint? Cette fistule appartiendrait alors à une catégorie de fistules qui peuvent guérir par les procédés simples.

Ce fait, dit M. Michon, qui, bien que rapporté par Chopart, appartient à Desault, donne à regretter que ce dernier ne soit entré dans aucun détail sur les autres observations qui l'ont engagé à s'exprimer ainsi qu'il l'a fait. Il n'est pas déraisonnable de croire que Desault a particulièrement guéri des fistules très-voisines de l'urètre; c'est, du reste, l'opinion adoptée par Chopart, qui pense que les fistules vésicales et vaginales sont incurables lorsque l'ouverture fistuleuse est grande et qu'elle est peu éloignée du col de la vessie (Thèse citée).

L'école de Desault n'a donc pas beaucoup élucidé la question. Admettez que le tampon rapproche assez exactement les bords de la division; mais peuvent-ils adhérer sans avivement préalable? Le tampon pourrait-il ulcérer, irriter les bords de la fistule en même temps qu'il les tiendrait rapprochés? La supposition est presque absurde, surtout si on se rappelle qu'il faut des mois, quelquefois une année, pour obtenir la guérison.

Voici l'opinion de M. Vidal sur cette méthode :

« Cette méthode est celle qu'on attribue à Desault; elle a été aussi employée par Chopart. Ces chirurgiens, en même temps qu'ils introduisaient un tampon dans le vagin, plaçaient une sonde dans l'urètre, pour que, parvenant dans la vessie, elle pût dilater l'urètre et éconduire l'urine qui ne viendrait plus alors empêcher l'oblitération de la perforation de la vessie. Cet élément de la méthode de Desault est seul rationnel, et il peut être combiné avec toutes les autres méthodes, car c'est un point important que de chercher à rétablir le cours naturel des urines. C'est d'ailleurs un principe applicable au traitement de presque toutes les fistules urinaires. Je conçois même la guérison d'une très-petite fistule vésico-vaginale (sans perte de substance et récente) par l'usage seul de la sonde. Ce que je ne conçois pas, c'est le tampon comme moyen curatif; je suis porté à croire qu'il peut souvent pro-

duire un effet contraire à celui qu'on attend ; il peut écarter au lieu de rapprocher les lèvres de la solution de continuité. Aucun fait parfaitement authentique ne viendra démentir ce que j'avance ici. Point de guérison par le tampon. » (*Pathol. ext. et Méd. opér.*, tome v, page 573.)

De son côté, M. Velpeau s'exprime ainsi :

« Au surplus, puisqu'il faut attendre des mois, quelquefois même des années pour obtenir une guérison parfaite à l'aide de ce moyen, n'est-il pas à croire que la fistule disparaît alors spontanément. Si pourtant on voulait s'en tenir à l'emploi des sondes à demeure, il semble du moins que le corps étranger, placé dans le vagin à la manière de Desault, devrait être abandonné; en dilatant ce canal, il doit nécessairement mettre obstacle au resserrement de la fistule. » (*Méd. op.*, t. iv, p. 446.)

Il n'est pas question du tampon dans Boyer, mais cet auteur dit avec raison en parlant de l'emploi de la sonde :

« Quand la fistule n'est pas extrêmement large et qu'elle est située près du col de la vessie, on peut faire porter pendant la nuit une sonde de gomme élastique, dont le bout intérieur dépassera l'ouverture fistuleuse et qui sera solidement fixée. On laissera cette sonde débouchée, et son pavillon sera reçu dans un urinal placé entre les cuisses. Mais toutes les malades ne peuvent pas la supporter ; avec quelque soin qu'on la fixe, elle se dérange facilement, sort en partie de la vessie, et alors son extrémité interne se trouvant au niveau ou même au-devant de l'ouverture fistuleuse, l'urine a plus de facilité à sortir par cette ouverture que par la sonde qui devient inutile ; quelquefois aussi le bout de la sonde se porte dans le vagin, y cause des douleurs et devient insupportable. » (Boyer, tome ix, pages 55 et 56.)

En parlant des insuccès du procédé de Desault, les éditeurs de Sabatier ajoutent : « La sonde ne peut sûrement prévenir le passage de l'urine par la fistule qu'autant que celle-ci siége sur la longueur du canal de l'urètre. Toutes les fois qu'elle occupe un autre lieu, elle ne transmet au dehors qu'une partie plus ou moins considérable de ce liquide, dont le reste passe par la fistule qu'elle entretient. Le tampon est, en général, peu efficace, et tout à fait incapable de mettre en contact les lèvres des fistules, larges et placées à la hauteur du bas-fond de la vessie, parce que ces fistules ont un trajet très-court, et qu'elles constituent plutôt des espèces de perforations de la cloison vagino-urinale que des trajets fistuleux. » (Sabatier, *Traité de médecine opératoire*, tome ii, page 455.)

Tous les auteurs qui ont critiqué, avec raison selon nous, les observations et la pratique de Desault, n'ont pas été aussi sévères pour quelques observations empruntées aux journaux étrangers. Ainsi, voici une de ces observations. Nous prions le lecteur de bien remarquer ce que nous avons souligné pour décider si c'était là vraiment une fistule du bas-fond de la vessie. Nous croyons plutôt qu'il s'agissait d'une lésion de l'urètre, à la distance qui se trouve entre la vulve et la solution de continuité. Quoi qu'il en soit, cette observation est assez remarquable pour être citée en entier.

« H. Millan, entrée à l'infirmerie royale, le 11 novembre 1818; cinq semaines avant, à la suite d'un accouchement où elle ne fut délivrée qu'après deux applications de forceps, elle s'aperçut que son urine s'échappait par le vagin ; huit jours après, l'urine passant toujours par la même voie, la malade rendit par la vulve une escarre d'un pouce de long et d'un quart de pouce de large ; depuis lors, l'urine coula sans interruption par le vagin. La douleur était considérable ; les nymphes gonflées et enflammées, la peau voisine très-excoriée et très-facile à s'ulcérer. L'appétit était encore bon ; la santé générale paraissait avoir peu souffert. En introduisant une sonde dans la vessie, et le doigt dans le vagin, *on sentait la sonde à un pouce au moins dans une ouverture longitudinale, qui commençait à un demi-pouce de l'orifice de l'urètre.*

» On introduisit une éponge dans le vagin, pour absorber l'urine ou l'empêcher de passer; une sonde de gomme élastique fut placée à demeure dans la vessie : l'irritation qu'elle produisit causa un écoulement de sang considérable ; il y eut fièvre ; on essaya de laisser un peu d'urine dans la vessie, pour prévenir l'irritation ; mais les symptômes persis-

tèrent, et l'on fut forcé de retirer la sonde. On pratiqua une saignée ; des fomentations à l'abdomen et aux pieds ; huile de castor, une once. On remplaça bientôt la sonde élastique par une sonde d'argent ; l'urine s'écoulait librement ; la malade se trouva mieux.

» Le 30 novembre, la douleur que produisait la sonde força de la retirer ; la malade ne perdait plus d'urine involontairement ; mais, par précaution, elle la rendait toutes les heures.

» Du 1er au 5 décembre, la malade éprouva de fréquents besoins d'uriner ; elle ne rendait que quatre onces de liquide chaque fois. Divers remèdes n'apportèrent aucune amélioration.

» Le 5, la malade observa le passage involontaire de l'urine par le vagin.

» Le 7, on replaça la sonde à demeure, peu après on la ferma avec une cheville, pour la rouvrir quand la malade voulait rendre son urine, comme on avait fait la première fois.

» Le 19, la malade se plaignit de nouveau ; on retira la sonde.

» Le 26, la malade urinait à volonté, et aux mêmes intervalles qu'avant d'être malade.

» Le 28 décembre, elle fut renvoyée parfaitement bien portante.

» Deux jours après, la malade crut que son affection était revenue ; il n'en était rien.

» Le 4 mai 1819, elle se portait bien ; mais quand elle se fatiguait, elle avait besoin d'uriner, et si elle n'y satisfaisait, l'urine coulait malgré elle. A l'examen, on trouva que l'orifice de l'utérus était considérablement abaissé, et la face supérieure du vagin légèrement couverte de plis. Un mois après, elle se portait bien, si on excepte quelques incontinences d'urine quand elle s'était fatiguée. L'orifice de l'utérus n'avait pas changé de position ; quand on séparait les lèvres, la surface interne supérieure tombait un peu. » (Cumming de Glascow, *the Edinburgh med. and surg. Journal.*)

Le lecteur notera avec soin cette espèce d'incontinence d'urine après la guérison supposée. Nous rappellerons ce phénomène quand nous examinerons la méthode de M. Vidal. L'éditeur du *London medical and surgical Journal* croit à cette cure, car, après avoir rapporté des faits de prétendues guérisons obtenues à l'Hôtel-Dieu de Paris, il ajoute : « On obtiendrait une guérison aussi rapide en laissant une sonde à demeure dans la vessie, en plaçant un tampon dans le vagin, ainsi que le professeur Cumming de Glascow l'a recommandé. Ce mode de traitement m'a réussi deux fois depuis deux années. Dans l'un de ces cas, on pouvait introduire quatre doigts dans la fistule, et depuis dix semaines la malade était privée de sommeil. Quand le tampon est convenablement appliqué et placé contre l'ouverture, il empêche le passage de l'urine par le vagin ; il prévient, par conséquent, l'irritation et l'inflammation qui en sont le résultat ; il faut laisser le pavillon de la sonde ouvert, afin que la vessie, revenant sur elle-même, rende plus facile le contact des bords de la solution de continuité, et plus prompte leur cicatrisation. » (Vol. III, juillet 1829, page 70.)

Voici encore une observation qui prouverait les avantages du tampon combiné avec la sonde à demeure.

« Le 21 mai 1823. Vingt-trois ans, accouchement très-pénible, pendant lequel la tête de l'enfant resta fort longtemps sur le périnée ; délivrance par le forceps, qui fut très-tardive ; la malade en souffrit peu.

» Une heure après la délivrance, les urines sont rendues, depuis elles ne pouvaient plus être retenues. Le 23, fièvre : même état jusque vers le 26 ; deux saignées et deux purgations, frictions sur le ventre avec l'essence de terébenthine. Une sonde est introduite dans la vessie, et le doigt placé dans le vagin, découvre une ouverture *large de deux doigts et qui était placée au-dessus du col de la vessie* (pas d'autres détails sur le siége de la fistule). Le 2 juin, on commença le traitement. On introduisit par le vagin un morceau d'éponge qu'on plaça sur l'ouverture de la vessie ; sonde à demeure dans l'urètre. Jusqu'au 10 juin, l'éponge et la sonde ne furent retirées que le temps de les nettoyer. Le 10, la malade souffrant beaucoup, enleva le tout et vit qu'elle pouvait retenir son urine pendant trois heures et rendre ensuite presque tout par l'urètre ; les parties examinées, on

trouva l'ouverture diminuée jusqu'à ne plus admettre que le bout du doigt. » (On peut remarquer la singularité de ce fait, savoir une fistule qui laisse passer le bout de doigt et qui permet à la vessie de retenir une si grande quantité d'urine. Mais continuons de laisser parler l'observateur.) « L'éponge et la sonde furent introduites de nouveau et placées de la même manière et pendant un mois ; on les retira, seulement un moment, tous les trois jours, pour les nettoyer. A cette époque, l'ouverture de la vessie était complétement fermée par une cicatrice molle, mais très-solide. La communication entre le vagin et la vessie était complétement oblitérée; la malade retenait ou rendait son urine à volonté.

» Cinq mois après la malade fut examinée, elle était encore parfaitement guérie; il y avait une légère dépression, de forme ovale, sur le lieu de l'ouverture; le vagin était considérablement contracté; cependant il n'y avait aucune difficulté dans la conservation ou l'émission de l'urine. » (*The Edinburgh med. and surg. Journ.*, par James Guthrie.)

M. Michon, après avoir parlé des auteurs que nous avons déjà cités, et après avoir pris connaissance de la plupart des faits rapportés ci-dessus, s'exprime sur la méthode de Desault de la manière suivante : « Les avantages de cette méthode sont d'être d'une exécution facile, de ne pas nécessiter d'opération sanglante; mais, par compensation, il faut tenir compte de sa lenteur, et pendant la durée du traitement les malades doivent être le plus habituellement au lit; il faut maintenir à demeure une sonde dans la vessie, et le séjour prolongé de cet instrument amène assez fréquemment des douleurs et des accidents inflammatoires qui pourraient bien n'être pas sans danger ; souvent les malades ne peuvent pas endurer la sonde. Ce n'est pas seulement une méthode lente, elle est incertaine, parce que les bords de la fistule ne se rapprochent pas nécessairement toujours, parce qu'il est le plus souvent impossible d'empêcher l'urine de s'échapper de temps à autre en quantité plus ou moins considérable par la fistule. Elle ne s'appliquerait pas aux fistules longitudinales, dont le tampon tendrait à écarter les bords en repoussant la cloison de bas en haut. C'est surtout aux fistules de formation récente, ou encore incomplétement organisées, qu'il convient d'en faire l'application. Si la sonde demande de la surveillance, le tampon exige aussi que l'on prenne quelques précautions pour que la compression ne soit pas douloureuse et qu'il ne s'altère pas dans le vagin, si l'urine venait à le pénétrer (ce qui arrive toujours, au moins dans les premiers temps). Employés seuls, ces moyens ne sont pas d'une grande valeur. Il n'en est pas de même si on les considère comme adjuvants d'une autre opération; quant au tampon, d'un usage moins fréquent, moins indispensable, il peut servir cependant quelquefois à soutenir des lambeaux appliqués, plus souvent à aider à rapprocher et à maintenir en contact les lèvres de la fistule après l'avivement ou la cautérisation. Il me semble, toutefois, qu'au lieu de se servir d'un tampon unique, et poussé de bas en haut, à la manière de Desault, on atteindrait plus facilement le but en se servant du double tampon imaginé par J.-L. Petit contre les hémorrhagies, suite des opérations pratiquées sur l'intestin rectum, c'est-à-dire qu'un premier tampon, ni trop dur, ni trop mou, et solidement lié par un double fil passé en croix, est porté dans le vagin au-dessus de la fistule, pendant que les fils sont maintenus au dehors de la vulve, et engagés à travers un second tampon de charpie qui est poussé de bas en haut dans le vagin, pendant que le tampon supérieur est amené par le fil, sur lequel on tire en même temps de haut en bas. De cette façon, les deux lèvres de la fistule, pressées entre deux puissances qui agissent en sens inverse, sont amenées à la rencontre l'une de l'autre, et peuvent être maintenues par une pression plus ou moins considérable. » (*Thèse citée de concours* pour la chaire de Richerand, p. 51.)

M. J. Cloquet s'est servi d'un siphon pour pomper toute l'urine dans la vessie, afin qu'elle ne mît plus obstacle à la réunion des bords de la fistule. M. Giroux, de Buzareingues, s'est proposé de remplir le même but par le vide qu'il opère sur les lèvres de la fistule, à l'aide du siphon de M. J. Cloquet. Les

lèvres, avivées par la cautérisation, se tuméfieraient et s'appliqueraient l'une contre l'autre, ce qui empêcherait l'urine de passer dans le vagin. Suivant l'auteur de ce procédé, les lèvres de la plaie seraient placées dans des circonstances excellentes pour la cicatrisation. M. Giroux a fait une série d'expériences pour connaître les avantages de son procédé qu'il a employé dans deux cas. « Il est à regretter que M. Giroux n'ait pu suivre plus longtemps les malades chez lesquelles il dit avoir obtenu une diminution notable dans l'étendue des fistules. Dans ce procédé, l'écoulement des urines se fait au moyen d'une sonde placée à demeure dans la vessie et tenue continuellement ouverte. L'expérience n'a pas encore jugé sa valeur. » (Michon.) A la rigueur, le procédé de M. Giroux devrait être placé parmi ceux dont la *cautérisation* constitue le principal temps.

« M. Reid vient de présenter en Angleterre un nouvel instrument extrêmement simple, à l'aide duquel il dit avoir guéri une fistule vésico-vaginale existant depuis cinq ans. Cet instrument consiste en une bouteille en caoutchouc, ayant un long goulot fermé, et assez souple pour pouvoir être distendu ou affaissé à l'aide d'un robinet à air, auquel on adapte une seringue. Lorsqu'il est distendu, l'instrument a la forme d'un pessaire. On l'introduit vide d'air, on adapte le goulot dans l'ouverture fistuleuse, et on le distend ensuite peu à peu, à l'aide de la seringue, de manière à convertir le goulot en bouchon parfait et très-serré; aucune goutte de l'urine ne s'échappe plus par l'ouverture, au dire de l'auteur. Ce liquide détourné de la voie accidentelle, celle-ci commence à se rétrécir naturellement; le goulot est rendu, après quelque temps, de moins en moins volumineux, et enfin l'infirmité disparaît complétement. » (*Gazette des hôpitaux*, 1837, p. 41.)

On ne peut juger un pareil fait sans de nouvelles observations et de nouvelles expériences; l'innocuité de l'opération autorise à les essayer. Ainsi, le procédé de Desault, avec ses deux moyens réunis ou le tampon et la sonde appliqués isolément, ne compte pas de *succès réels bien authentiques*, *bien détaillés, dans les cas de fistules par perforations anciennes du bas-fond de la vessie.* On conçoit que les bords durs, calleux, revêtus d'une membrane de nouvelle formation, ne peuvent adhérer sans une forte modification, un avivement quelconque. C'est pour remplir cette condition qu'on a proposé la *cautérisation.*

2° Cautérisation. Ce moyen est moins douloureux, moins effrayant pour certaines malades, même lorsqu'on se sert du fer rouge, qu'une opération sanglante. S'il échoue une première fois, il laisse la fistule dans un état peu différent de celui où elle était d'abord; il peut donc être répété sans beaucoup d'inconvénients. Ces motifs ont paru suffisants pour créer des partisans à la cautérisation. On la pratique de la manière suivante : la malade est placée au bord d'un lit, les cuisses écartées, le siége un peu élevé. Quelques chirurgiens préfèrent ce que nous appellerons la position anglaise, c'est-à-dire, comme nous l'avons indiqué dans une observation, la position sur les mains et les genoux; le ventre est alors contre le le lit, et le chirurgien est placé derrière la malade. Les Anglais disent qu'ainsi ils peuvent plus facilement découvrir l'orifice fistulaire et y porter le caustique avec plus de sûreté. Quoi qu'il en soit on introduit un spéculum. Dupuytren en avait adopté un qui était échancré et taillé en bec de flûte et dont l'ouverture venait correspondre à la fistule. Un spéculum plein, fendu sur la face supérieure, ou bien, comme le veut M. Velpeau, un spéculum brisé ordinaire, peut aussi être employé avec commodité. Mais ce qui nous semble préférable, c'est le spéculum à une seule valve, lequel a un manche fort long et coudé, et qui permet à celui qui le tient de s'éloigner assez pour ne pas gêner l'opérateur. Enfin le spéculum doit remplir les indications suivantes : mettre à découvert l'orifice fistuleux, protéger les parties saines et voisines contre l'action du caustique. Cela étant fait, on dirige sur l'ouverture le bouton ou la pointe d'un cautère chauffé à blanc, ou bien un crayon de nitrate d'argent, ou enfin un pinceau trempé dans un caustique liquide. Ensuite, on pousse une ou deux injections d'eau tiède avant de retirer le spéculum, et

l'opération est terminée. M. Colombat se sert d'un porte-caustique dont le manche est recourbé presque à angle droit, tandis que son extrémité antérieure est mobile de manière à pouvoir agir dans toutes les directions. Cet instrument ressemble à un Z. M. Colombat l'appelle *vagino-causte*. (*Traité des maladies des femmes*, t. II, p. 477.)

Si on a opté pour le cautère actuel, il faut avoir soin d'employer un bouton de la forme qu'on a reconnue à l'orifice fistuleux. Pour des fistules circulaires et très-étroites, on peut se contenter d'une simple tige arrondie et à bout recourbé ; celles qui sont elliptiques, soit en travers, soit en long, exigent un bouton renflé et ovalaire. Il faut enfin, autant que possible, que du même coup le cautère recouvre tout l'orifice et en dépasse un peu les lèvres. Le cautère de Dupuytren n'était autre que celui à haricot dont la tige était coudée à angle droit. Cette courbure devra toujours exister sur la tige, car, il est bien plus facile de le diriger sur la partie à cautériser ; mais il faut aussi que la partie droite de l'instrument joue librement dans la cavité assez étroite du spéculum.

Le cautère potentiel exige aussi certaines précautions pour être appliqué. Ainsi, pour le nitrate d'argent, le porte-crayon ordinaire, qui est droit, arriverait obliquement sur l'orifice fistuleux et n'en toucherait que la surface, et encore incomplétement. On fixera donc le crayon à angle droit sur une pince à anneaux, pour que le caustique soit dirigé perpendiculairement sur la fistule. Le porte-caustique de M. Colombat peut être remplacé par cette pince. Dans tous les cas, on aura soin de fixer solidement le nitrate, afin qu'il ne puisse s'échapper ou se déplacer. Le crayon d'ailleurs devra avoir une forme, un volume qui lui permettent de remplir le plus exactement possible l'ouverture fistuleuse. Pour les fistules elliptiques et étendues, il ne suffira point d'appliquer le nitrate, il devra être promené sur tout le pourtour des lèvres. Ce sera surtout après l'application des caustiques potentiels qu'il faudra laver le vagin à grande eau pour entraîner les portions de caustique non dissoutes. Quant aux caustiques liquides, les applications en sont faites en portant dans la fistule un pinceau qui en est imbibé.

Les effets du caustique peuvent être divisés en primitifs et en consécutifs. Les effets de la première cautérisation sont d'une variable intensité, suivant qu'on a eu recours au cautère actuel ou au potentiel. Dans le premier cas, il se forme une véritable escarre à toute la circonférence de l'ouverture ; celle-ci se gonfle, se boursoufle et se rétrécit quelquefois au point de faire disparaître l'orifice s'il est de petit diamètre. Dans un mémoire manuscrit, communiqué par M. Marx à M. Michon, on voit qu'à l'instant où Dupuytren venait d'appliquer le cautère, un jet d'urine, qui avai été lancé avant l'application du fer rouge, s'arrêta ; « l'on put voir très-distinctement que cela était dû à la formation d'une escarre qui bouchait complétement le trou fistuleux. »

Au reste, cette coarctation est plus souvent secondaire que primitive ; elle arrive après la période inflammatoire qui suit nécessairement l'application du cautère, et, momentanément au moins, la fistule est diminuée ou même effacée. Dans la cautérisation par le nitrate d'argent, il y a ou il n'y a pas formation d'une escarre, suivant la profondeur à laquelle a pénétré le caustique, mais le gonflement n'en arrive pas moins, et, à sa suite, la coarctation de l'orifice. Celui-ci est donc encore diminué, et tend même à se fermer par le rapprochement des lèvres opposées de l'ouverture.

« Dans cet état, il peut arriver deux choses : ou bien que l'occlusion persiste pendant un nombre assez considérable de jours, ou bien que, dès le lendemain ou le surlendemain de l'opération, l'urine reprenne son cours par l'ouverture. Dans certains cas extrêmement rares, la guérison a pu être définitive après une seule cautérisation ; il n'est pas besoin de dire que c'était pour des fistules très-étroites et avantageusement placées. Lorsque la cautérisation a produit un bon résultat momentané, l'urine s'échappe par la sonde placée à demeure dans la vessie par l'urètre, et rien ne sort par la fistule. La malade doit être tenue au lit parfaitement immobile, et je préfère la posi-

tion horizontale sur le ventre, si elle peut être supportée. On veillera attentivement à ce que la sonde ne se déplace point et ne s'engage pas ; une légère injection émolliente remédierait à ce dernier inconvénient. Malgré toutes ces précautions, presque toujours, à une époque qui varie entre trois, six ou sept jours, on voit suinter quelques gouttes d'urine par le vagin, et bientôt la fistule a reparu. C'est le moment recommandé pour faire une nouvelle cautérisation. Ordinairement alors l'orifice a diminué de diamètre, et on a, par conséquent, obtenu une amélioration. Mais si, dès le lendemain ou le surlendemain de la première cautérisation, l'urine trouve issue par l'ouverture fistuleuse, le cas est plus malheureux, et on peut se décider à cautériser de nouveau tout de suite, ou on attend d'après l'état de santé de la malade. Il vaut cependant mieux ne pas retarder cette seconde époque, parce que, comme l'irritation n'a probablement pas été assez forte la première fois, on aurait ainsi plus de chances de la porter à un degré convenable.

» Quoi qu'il en soit, il faut se garder, tant que l'urine n'a pas reparu par la fistule, de renouveler la cautérisation ; en le faisant, on interromprait un travail qui s'annonce bien, et on risquerait de détruire une cicatrice commencée. » (Michon, *thèse citée*, p. 57 et suiv.)

Voici l'opinion la plus défavorable à la cautérisation : « Ces deux modes de cautérisation (cautère actuel ou potentiel) sont insuffisants. S'il s'agissait de faire adhérer deux lèvres d'une plaie peu ancienne, on y parviendrait par les deux moyens, surtout avec le nitrate d'argent. Mais quand le chirurgien est appelé pour traiter ces fistules, les deux bords de la solution de continuité sont durs, calleux, très-peu propres à la cicatrisation ; vous avez beau les modifier de toutes les manières, ils ne se réuniront pas ; il faudrait, pour cela, créer d'autres bords, enlever, par conséquent, ceux qui sont calleux. Alors il faut produire une escarre, une perte de substance. Mais si la réunion ne s'opère pas après cette profonde cicatrisation, vous avez une aggravation de la maladie ; la fistule est plus large. Ici, on voit poindre la nécessité de combiner la cautérisation avec un moyen de rapprochement, avec une suture. Quand vous avez fait une escarre aux deux lèvres de la solution de continuité, ce sont des parties mortes qui se touchent mutuellement ; quand l'escarre tombe, le gonflement tombe aussi, et les bords enflammés qui étaient sous l'escarre se trouvent plus éloignés que jamais. Ainsi, point de guérison par la cautérisation seule. » (Vidal, *Traité de pathologie externe*, t. v, p. 574.) C'est là l'expression la plus vive des antagonistes de la cautérisation. Pour atténuer ce que peuvent avoir de trop absolu ces paroles de M. Vidal, il faut considérer que ce chirurgien n'entend parler que des fistules *anciennes du bas-fond de la vessie, avec perte de substance.*

Boyer se tait sur la cautérisation employée isolément. Les éditeurs de Sabatier, qui ont écrit, comme on sait, sous l'inspiration de Dupuytren, disent : « On peut, par ce moyen, guérir en peu de temps des fistules fort étendues. Dupuytren a guéri, avec trois applications, une fistule longitudinale partant du bas-fond de la vessie et s'étendant au canal de l'urètre, dont toute la paroi inférieure était détruite. » (Tome II, page 470.) Un pareil fait gagnerait énormément à être détaillé. Plus tard, nous citerons d'autres faits empruntés à la pratique de Dupuytren. M. Velpeau parle très-peu de la cautérisation, n'exprime aucune opinion personnelle, se contente de rapporter quelques guérisons obtenues par Dupuytren et relatées par Sanson, qui en aurait été *témoin oculaire.* Les autres cas de guérison dont fait mention M. Velpeau seraient dus autant aux moyens de réunion secondaire qu'à la cautérisation. Ces faits de cautérisation n'étant pas simples, ne peuvent servir à juger la cautérisation dans sa valeur absolue et indépendante de tout autre moyen. (Voyez *Méd. opérat.*, tome IV, page 445.)

Après ces considérations sur la cautérisation en général, sachons faire la part des deux espèces de cautères.

Le cautère actuel remplit mieux le but proposé que le cautère potentiel. Quel est ce but ? 1° Aviver les lèvres de l'ouverture fistuleuse ; 2° y produire un travail

adhésif. Or, on sait déjà que l'ustion est très-favorable à la formation du tissu inodulaire, de ce tissu qui forme les cicatrices. C'est cette propriété surtout, constatée par Delpech, qui l'a engagé à préconiser la cautérisation par le fer rouge, dans le cas de fistules. Selon les partisans du professeur de Montpellier, malgré la propriété reconnue au nitrate d'argent de modifier les plaies d'une manière favorable à la cicatrisation, elle n'est pas égale à l'action du fer rouge. D'ailleurs, dit-on, la circonférence d'une fistule un peu ancienne est dure, calleuse et fort résistante. Eh bien! le nitrate d'argent ne pourra entamer toute son épaisseur, et souvent son effet sera borné à la surface des lèvres de l'orifice; alors il faudra nécessairement y avoir recours un grand nombre de fois. Le cautère actuel, au contraire, attaque toute l'épaisseur des bords fistuleux; l'avivement est donc complet et achevé de prime abord. Sous ce double rapport, la cautérisation avec le fer rouge paraît donc l'emporter sur le nitrate d'argent et les cautères potentiels. Mais, objecte-t-on, rarement une cautérisation sera suffisante pour amener une guérison définitive; presque toujours on devra y recourir plusieurs fois. Or, le cautère actuel atteint plus profondément les bords de la fistule, et les mortifie véritablement; à la chute de l'escarre, si le travail de cicatrisation adhésive manque son effet, l'ouverture fistuleuse est nécessairement agrandie. Le nitrate d'argent, qui ordinairement ne produit qu'une escarre superficielle, expose bien moins à cet inconvénient. « C'est donc là, dit M. Michon, une circonstance avantageuse pour le second moyen, et défavorable au premier. Il me semble, en conséquence, que la cautérisation avec le nitrate d'argent devra surtout être employée pour les fistules un peu étendues, et qui paraîtront devoir réclamer plusieurs applications du caustique, et j'aimerais mieux faire usage du cautère actuel pour les fistules très-étroites et situées peu profondément. En ces cas déterminés, le fer rouge me paraît préférable, parce qu'il agit plus sûrement sur toute l'épaisseur des lèvres de l'orifice, et provoque un travail de cicatrisation plus complet. » (Thèse citée.) « Mais, répond ici M. Vidal, le nitrate d'argent n'est pas suffisant pour modifier et préparer à l'adhésion des bords fistuleux anciens et très-durs. » (*Path. ext.*, tome v.)

Le parallèle qu'on vient de lire porte principalement sur le nitrate d'argent et le cautère actuel; les autres caustiques potentiels, tels que le nitrate acide de mercure, étant bien inférieurs au nitrate d'argent, nous avons dû les négliger.

Pour revenir sur la question générale de la cautérisation, nous dirons qu'il faut distinguer son utilité de ce que nous appellerons sa *suffisance*. Ainsi, sur le premier membre de la question, il ne peut pas y avoir doute ni discussion : la cautérisation est utile jusqu'à un certain degré. Est-elle suffisante, et peut-elle produire la guérison radicale des fistules vésico-vaginales? Ici la question devient plus complexe et beaucoup plus difficile à traiter. Ces difficultés viennent du manque d'observations. Cette assertion va paraître étrange à ceux qui voient leur profusion dans les journaux, dans les livres. Mais nous parlons des observations bien faites, de celles sur lesquelles peuvent être basées une opinion, une doctrine, et surtout une pratique. Nous nous sommes déjà plaint du laconisme d'une observation de Dupuytren, rapportée par les éditeurs de Sabatier. Nous attendions de nouvelles publications des élèves de Dupuytren pour y voir les faits sous un jour plus favorable à la science. Vaine espérance : cependant M. Marx possédait, disait-on, un mémoire sur ce sujet, mémoire qui contenait les observations de Dupuytren. Ce mémoire a été mis à la disposition de M. Michon, quand ce chirurgien fit sa Thèse de concours pour la chaire de Richerand. Voici le profit qui en a été tiré : nous citons les paroles mêmes de l'auteur de la Thèse :

« J'y trouve trois cas où des fistules vésico-vaginales furent traitées par la cautérisation. La maladie était survenue chez les trois femmes à la suite de l'accouchement. Chez l'une, la fistule était transversale et avait 5 à 6 lignes d'étendue; chez une autre, elle était encore transversale, et on ne dit pas au juste son diamètre; chez la troisième, elle était complétement circulaire et pouvait admettre une petite bougie. Dans le premier cas,

elle siégeait à la jonction de l'urètre au col de la vessie; dans le second, elle est notée comme appartenant au bas-fond (à l'endroit où la vessie cesse de correspondre au col utérin); dans l'autre, au col vésical. La cautérisation fut faite chez les trois malades avec le fer rouge. Chez celle dont la fistule siégeait au bas-fond, après la première cautérisation, l'urine cessa pendant onze jours de couler par le vagin; mais, à cette époque, la malade s'étant levée et ayant marché, la cicatrice se rompit; le repos ne fut pas suffisant, on cautérisa une seconde fois; l'urine ne reparut plus : il resta une incontinence d'urine qui ne céda, après deux mois, qu'à l'usage des bains froids. Pour la fistule large de 6 lignes, située entre l'urètre et le col, on fit vingt-une fois l'application du fer rouge dans l'espace de dix mois; il y eut simple amélioration; la malade pouvait retenir ses urines pendant trois heures. Enfin, pour l'autre cas, sortie guérie une première fois, la malade serait rentrée à l'hôpital avec un retour de la fistule; une cautérisation fit cesser l'écoulement de l'urine, qui n'avait pas reparu lors de la seconde sortie de la malade : elle fut cautérisée le 13 octobre et sortit le 7 novembre. » (*Thèse citée*, p. 63 et suiv.)

Voici maintenant l'observation de Delpech, de laquelle nous avons retranché un préambule inutile. C'est encore ici un fait que Delpech et ses élèves ont donné comme concluant en faveur de la cautérisation.

« Il existait au fond de la vessie, à un pouce en arrière du pubis, une ouverture capable d'admettre le doigt indicateur; les bords étaient épais, garnis d'un bourrelet inégal, et de rides assez profondes. La disposition était telle, que, par une compression oblique de bas en haut, comme était sans doute celle de l'éponge, on faisait recouvrir une partie de l'ouverture par deux mamelons assez saillants.

» Un spéculum utérin à charnière fut introduit dans la vulve et le vagin, jusqu'à la matrice, le bord libre des deux valves tourné vers la vessie. Cet instrument étant ouvert, mit à découvert le fond de la vessie et sa perforation. En imprimant alors à l'algalie déjà introduite dans la vessie par l'urètre un mouvement de bascule, nous fîmes proéminer dans l'ouverture du spéculum la perforation de la vessie; par ces dispositions, les parois postérieure et latérales du vagin étaient protégées, et la région perforée de la vessie était seule à découvert.

» Alors nous portâmes un cautère actuel chauffé à blanc, disposé en fer de lance, épais et recourbé à son extrémité seulement, jusque dans l'ouverture de la vessie, en ayant soin de lui faire parcourir tous les points de la circonférence; l'instillation de quelques gouttes d'urine ayant éteint le cautère, on le remplaça par un autre que l'on promena dans l'ouverture vésico-vaginale. La douleur fut vive, mais elle se dissipa au bout de deux heures; nous ne fîmes rien pour la modérer. Ses effets étaient ce que nous cherchions.

» Les quatre jours suivants il y eut de la fièvre, du gonflement à l'intérieur du vagin; il ne paraissait presque pas d'urine dans le vagin, elle était presque complétement soutirée par une sonde en gomme élastique placée à demeure. On voit qu'ainsi le gonflement que la brûlure avait provoqué avait son foyer principal autour de la fistule et suffisait pour en maintenir les bords rapprochés et en contact assez exact.

» Le cinquième jour, avant de changer la sonde, dans la crainte des incrustations, on s'assura de l'état des choses : le gonflement avait diminué; on entraîna hors du vagin une escarre volumineuse, pénétrée de concrétions urinaires. Le contour de l'ouverture était garni d'une couche pulpeuse, molle, probablement formée par des bourgeons celluleux; le diamètre de la perforation semblait diminué, néanmoins la sonde ne soutirait presque pas d'urine; il en passait beaucoup par le vagin.

» Pendant les douze jours suivants, la cicatrisation marcha d'abord assez vite, mais elle parut vouloir s'arrêter; on se décida à cautériser de nouveau.

» Le dix-septième jour, la malade étant disposée comme la première fois, on appliqua de même un seul fer rouge qui remplissait à la fois toute l'ouverture. La douleur fut plus longue, la nuit fut agitée, la fièvre s'alluma presque aussitôt; mais ces conséquences furent de courte durée, et dès le lendemain, elles étaient presque

effacées. Cette fois la sonde soutira la totalité des urines jusqu'au vingtième jour ; elles reparurent ensuite au vagin pendant six jours, mais en petite quantité. En changeant la sonde, le vingt-cinquième jour, nous ne rencontrâmes pas d'escarre, preuve qu'elle avait été bien plus légère ; l'ouverture était extrêmement rétrécie.

» Le trente-troisième jour, il ne passait rien par le vagin, même quand la malade faisait des mouvements dans son lit ou qu'elle toussait : cependant l'ouverture bordée de grosses rides n'était fermée que par l'application mutuelle de ces plis ; lorsqu'on les écartait on faisait encore couler de l'urine.

» Le quarante-quatrième jour, les rides étaient fort aplaties, le contour formait un ombilic au centre duquel un stylet à bouton pouvait encore pénétrer ; nous étions muni d'une algalie d'homme au bout de laquelle était soudé un porte-crayon chargé de nitrate d'argent fondu. Nous garnîmes notre doigt indicateur gauche d'un doigt de gant ; nous le portâmes par le vagin, jusque sur ce qui restait de la perforation, la région palmaire tournée en dedans. Ce doigt étant alors à moitié fléchi, son extrémité seule se trouva appuyée, et le sinus que formait le reste de la face palmaire servit à glisser le porte-pierre le long du doigt jusqu'à ce que le caustique pût être appuyé sur le point central de la perforation où il pénétra facilement.

» Cette fois, on n'observa ni gonflement passager, ni retour temporaire de l'instillation vaginale ; la sonde déposa toute l'urine dans l'urinal, et deux jours après on put supprimer la sonde sans que l'urine reparût dans le vagin. Alors le toucher faisait sentir au fond de la vessie une surface boursouflée, ridée, peu sensible au toucher, et sans solution de continuité.

» Trois mois après, cette femme s'est éloignée de nous parfaitement guérie ; nous avions fait constater son état par plusieurs personnes qui avaient assisté à l'opération, et par un jeune médecin anglais très-distingué. » (Delpech, cité par M. Michon.)

Ici, nous n'avons qu'un mot de réflexion à ajouter : Qu'entendait Delpech par *une ouverture du bas-fond de la vessie à un pouce du pubis?* C'est ainsi que commence l'observation. Or, nous savons que le bas-fond de la vessie n'est pas à *un pouce* du pubis ; c'est une portion de l'urètre qui est à un pouce du pubis. Il pourrait donc bien se faire que ce ne fût pas ici une vraie fistule vésico-vaginale.

Le travail de M. Michon était, après celui de M. Jeanselme (voy. l'Expérience, tome II), celui où on trouvait les notions les plus complètes sur les fistules vésico-vaginales. M. Michon, qui paraissait assez partisan de la cautérisation, n'avait pas pu faire adopter ses convictions, malgré les faits sur lesquels il croyait pouvoir s'appuyer, et les fauteurs de la cautérisation devenaient toujours plus rares et plus découragés. Mais voilà qu'un fait surgit de nouveau ; il est publié avec tous ses détails dans un journal grave, et reproduit par un journal spécial, *les Annales de chirurgie.* Il nous est impossible d'analyser cette observation. La voici entière.

« Mme H., âgée de trente-un ans. Son premier accouchement fut long, laborieux : il dura trois jours, et on fut à la fin obligé de la délivrer à l'aide du forceps. Peu de temps après, la malade s'aperçut qu'elle ne pouvait garder ses urines, et qu'elles ne s'écoulaient pas par la voie normale ; elle avait une fistule vésico-vaginale. La malade ajoute que, dans le principe, elle rendit aussi pendant quelques mois des matières fécales par le vagin.

» Au mois de mars 1841, la malade vint à Édimbourg, et se confia aux soins du docteur Thomas Morisson. A cette époque, elle avait l'apparence d'une personne affectée d'une maladie organique. Son urine coulait continuellement, et déterminait une irritation telle que la malade disait que la vie lui était à charge.

» La fistule était très-grande ; on pouvait facilement y introduire le médius enveloppé d'une compresse pliée en quatre. Le docteur Morisson s'intéressa beaucoup à cette malade, et essaya de la guérir. Il mit d'abord en pratique l'urinal caché de Desault, qu'on employait surtout pendant la nuit ; ce moyen soulageait un peu la malade ; cependant il ne pou-

vait plus servir dès qu'elle était debout ou dans la position assise. De plus, il était difficile de faire usage d'un tampon, à cause de l'état d'irritation des parties, et, d'ailleurs, la malade avait antérieurement fait usage d'une éponge ou d'un tampon de charpie, dans le but de retarder ou de s'opposer à l'écoulement des urines; mais comme ce moyen n'avait produit aucun résultat, elle l'avait abandonné. Néanmoins, à force de soins, de propreté et par le moyen d'injections astringentes, on parvint à calmer cette irritation et à améliorer sa santé. C'est dans cette condition que le docteur Morisson commença un traitement. Il employa d'abord le cautère actuel; il croyait qu'en entretenant les bords de la plaie dans un état d'inflammation, il parviendrait à déterminer aisément une adhésion. A cet effet, il appliqua plusieurs fois le fer rouge; les premières applications avaient donné quelque espoir de guérison, attendu que l'urine ne s'écoulait pas par la plaie; plus tard cependant, l'emploi de cet agent, au lieu d'être suivi de quelque amélioration, déterminait, au contraire, un agrandissement de la fistule. Découragé par le peu de succès obtenu à l'aide du fer rouge, M. Morisson eut recours au caustique et à la réunion des bords ainsi excités par la suture entortillée. Cette opération fut longue, difficile; elle fut pratiquée deux fois, et enfin ne donna pas plus de résultat que le premier moyen employé; les aiguilles tombaient après quelques jours, sans que la réunion se fût effectuée.

» Il m'est impossible de dire ici le temps que la malade resta en traitement; je puis ajouter seulement qu'elle s'en retourna chez elle avec une légère amélioration dans sa santé et pouvant se garantir plus facilement de l'écoulement des urines. La fistule n'avait pas éprouvé une amélioration bien sensible. Je n'ai pas entendu parler de cette malade jusqu'au printemps de l'année 1833; à cette époque, Mme. H. réclama mes soins; M. Morisson ayant quitté la ville, je me suis chargé de cette malade à regret, n'ayant aucun espoir de lui être utile. Cependant j'ai cru convenable de consulter M. Liston; c'est par les conseils et l'aide de ce praticien que je suis arrivé à quelque résultat. L'examen que je fis de la fistule me montra qu'elle avait beaucoup diminué de largeur, car on pouvait à peine y introduire le petit doigt; au reste, la malade souffrait des mêmes incommodités qu'auparavant, et sa santé s'en ressentait. Elle nous dit que la fistule avait continué à diminuer pendant quelques mois après qu'elle avait quitté Édimbourg, mais que depuis un an elle restait stationnaire, qu'elle avait mis tous ses soins à prévenir les excoriations des parties, par le moyen de lotions fréquentes et par l'usage continuel de l'urinal; elle ajouta que cet instrument ne lui était utile que lorsqu'elle était couchée.

» On décida alors, après une consultation, d'avoir recours de nouveau au cautère actuel, non pas comme antérieurement à petits intervalles, mais bien à distance de quelques mois. M. Liston pensait, d'après sa pratique, que l'emploi du cautère actuel est loin de produire, dans le premier moment, quelques succès; qu'au contraire, la maladie semble d'abord aggravée; c'est à la longue que la cicatrice se contracte, se raccourcit, de la même manière que cela s'observe pour les brûlures, et que c'est alors qu'on obtient quelques résultats. On fit comprendre à la malade que sa maladie serait longue, et qu'elle demandait à être cautérisée plusieurs fois. Les bords de la fistule furent cautérisés à l'aide du fer rouge; la malade fut renvoyée chez elle avec la recommandation de revenir dans l'espace de deux mois.

» Depuis le mois d'avril 1833 on employa six fois le cautère actuel, en laissant des intervalles de deux, trois, six mois. A chaque nouvel examen, on acquérait la certitude que la fistule diminuait, et enfin, dans les trois dernières cautérisations, on eut quelque peu de difficulté à trouver l'orifice, quoique le suintement urinaire nous démontrât qu'il restait encore un pertuis.

» C'était au mois d'août de cette année que j'ai fait la dernière cautérisation, en présence du docteur Witther. On pouvait à peine faire entrer dans la fistule une grosse aiguille à tricoter. Son trajet était un peu tortueux, et, dans quelques cas,

cette obliquité faisait office de valvule, et retenait l'urine dans la vessie.

» La malade est maintenant, en 1835, à Édimbourg. Elle m'assure que depuis la dernière opération l'urine ne sort plus par l'ancienne ouverture, que la vessie n'est plus aussi irritable, qu'elle se distend facilement et conserve l'urine; l'urètre, par suite de l'usage que la malade a fait de l'urinal, se trouve un peu dilaté et quelquefois un peu d'urine s'écoule involontairement.

» Madame .... continua à jouir d'une bonne santé jusqu'au 16 novembre 1838. A cette époque, son mari vint me trouver pour me dire que sa femme était très-malade, qu'elle se mourait. A mon arrivée auprès d'elle, je la trouvai dans l'état suivant : elle avait des frissons violents et se plaignait de douleurs dans le dos et dans le ventre. J'appris que depuis le mois de mai la malade avait cessé d'être réglée, que son ventre avait augmenté de volume, et qu'elle sentait quelques mouvements dans son ventre, mouvements qu'elle attribuait à un état nerveux. Je pensai, au contraire, que cet état pouvait provenir d'une grossesse, ce dont je fus convaincu par l'examen direct. Le toucher me fit reconnaître que l'utérus était abaissé, arrondi et lourd; il me fut difficile cependant de reconnaître le col de l'utérus. Après beaucoup de peine, je finis par trouver une saillie à peine perceptible; je conclus dès lors que l'orifice s'était oblitéré après la conception. Vu l'état de la malade, je lui administrai d'abord des opiacés pour calmer les accidents présents.

» M. Witther fut réuni en consultation; ce praticien reconnut tout ce que je viens d'indiquer, et demeura d'accord sur l'existence d'une grossesse compliquée d'oblitération du col de l'utérus. Les douleurs n'étaient pas très-fréquentes; dès lors on convint d'abandonner les choses pendant quelques heures, et si les efforts de la nature ne parvenaient pas à forcer, à rompre les adhérences du col, on serait plus tard à même d'en opérer la division. Je continuai à voir la malade toutes les deux heures. Vers sept heures, les douleurs augmentant de plus en plus, et le col de l'utérus se trouvant toujours dans le même état, on jugea indispensable d'en pratiquer l'incision.

» Le professeur Syme fut chargé de cette opération. Il glissa un bistouri sur le doigt jusqu'à l'endroit présumé être le col de l'utérus; une incision fut pratiquée; les bords de la plaie s'écartèrent par les efforts de l'organe, et on reconnut alors l'enfant. La dilatation continua, et, au bout d'une heure et demie, la malade accoucha d'un fœtus vivant de six mois; l'enfant se présenta par les fesses, et l'accouchement se fit très-facilement. L'incision de l'utérus ne détermina ni douleur, ni hémorrhagie : on peut penser avec raison que l'incision porta sur les adhérences mêmes, et nullement sur le tissu de l'organe. » (*The London and Edinburg Monthly journal, janv.* 1842, traduit par M. Giraldès, et inséré dans les Annales de chirurgie.)

Cette observation, qui est une des plus complètes que nous possédions sur la question qui nous occupe, n'est cependant pas tout à fait irréprochable. En effet, rien sur le siége précis de la fistule, sur la distance qui se trouvait entre elle et le méat urinaire, détail qu'il faudra dorénavant toujours exiger quand on présentera une observation. Par la mesure de cette distance, on parviendra à savoir si réellement la fistule attaque le bas-fond de la vessie, et quelle partie du bas-fond. Pour connaître parfaitement ce détail, il faudrait encore exiger l'indication de la distance qui se trouve entre le col utérin et la solution de continuité. Ici, un des points de départ étant plus ou moins mobile, la mesure aurait moins de précision. En effet, l'utérus plus ou moins abaissé changerait les rapports que nous venons d'indiquer, et rendrait moins rigoureuses les données qu'il fournirait; tandis que le méat urinaire étant immobile, on peut toujours partir de là pour mesurer l'espace qui se trouve entre lui et la fistule.

L'importance de cette mesure sera appréciée si on a remarqué un détail fort important de l'observation qu'on vient de lire. Il y est dit, en effet, que le *trajet de la fistule était un peu tortueux... Il y avait une disposition valvulaire qui empêchait la perte des urines pendant certains*

moments. Or, nous savons parfaitement que les fistules du bas-fond de la vessie par gangrène, à la suite de l'accouchement, sont des espèces de perforations directes, et, comme nous l'avons déjà dit, la fistule n'a pas de *corps*. Au contraire, dans l'observation citée, il y avait un vrai *corps*, un *trajet* absolument comme dans les cas de fistules dues à l'issue d'un calcul qui, en sortant de la vessie pour tomber dans le vagin, s'est tracé une voie oblique analogue à celle que suivent les uretères en entrant dans le réservoir urinaire. Or, ici, la fistule n'était pas due à l'issue d'un corps étranger, mais à une vraie gangrène causée par un accouchement laborieux. Cette circonstance, celle de l'obliquité du trajet fistuleux, l'absence de toute indication du siége, nous font présumer qu'il s'agissait ici d'une fistule urétrale, ce qui rendrait moins extraordinaire le succès complet de la cautérisation. Peut-être aussi était-ce le col qui était intéressé. Là, l'épaisseur de la vessie est considérable, et on peut facilement concevoir un trajet, un *corps* à la fistule. L'incontinence d'urine notée dans l'observation tendrait à appuyer l'hypothèse que nous venons d'essayer sur la lésion du col. Si réellement il s'agissait d'une fistule du corps de la vessie dont la guérison aurait été obtenue par les cautérisations répétées qui auraient développé vers le bas-fond de la vessie cette force de rétractilité, cette propriété du tissu inodulaire dont l'énergie concentrique et cicatrisante est si marquée, alors se trouverait justifiée l'opinion de M. Vidal que nous développerons plus tard quand il s'agira de sa méthode. Ce chirurgien n'admet aucune guérison de fistules *réellement vésico-vaginales par perte de substance du bas-fond de la vessie*. Il attribue les insuccès au défaut de capacité de la vessie qui, depuis longtemps, n'est plus une cavité. Il a avancé que si un jour on parvenait à oblitérer le trou du bas-fond de la vessie, celle-ci serait si petite, si rétractée, qu'elle ne pourrait presque pas retenir l'urine : alors, dit-il, vous auriez échangé une incontinence pour une autre incontinence. En effet, la malade, au lieu de perdre continuellement les urines par le vagin, les perdrait continuellement par l'urètre, voilà tout. Nous savons bien que l'auteur de l'observation attribue l'incontinence qu'il a notée à une prétendue dilatation de l'urètre par le séjour prolongé de la sonde dans ce canal; mais ceci est une pure hypothèse pour ceux qui savent que les faits prouvent qu'une sonde peut rester des années dans l'urètre sans produire aucune espèce d'incontinence. La même observation est encore remarquable par ce qui concerne l'oblitération du col utérin. Cette circonstance se rapporte à un autre ordre de faits dont il faudra tenir compte dans un autre chapitre de ce livre.

On a dû remarquer dans cette observation que la cautérisation n'était pas employée comme l'indiquait Dupuytren et comme la pratiquent les élèves de ce grand chirurgien. Ici, au lieu d'être superficielle, au lieu de se borner à irriter suffisamment les bords de la fistule pour les faire rapprocher, la cautérisation était profonde, souvent répétée pour donner lieu à la formation du tissu inodulaire dont la rétractilité est si puissante. Ainsi il y a deux manières de cautériser avec le fer rouge, celle de Dupuytren, et celle qui est indiquée dans l'observation dont nous avons donné tous les détails. Or, pour ceux qui ont été satisfaits de cette observation, le choix du procédé sera facile.

3° Suture. On est convenu de ranger sous ce titre les procédés qui ont pour but principal d'agir sur une ou sur les deux lèvres de la solution de continuité pour effectuer un rapprochement et le fixer. Ces procédés sont extrêmement nombreux ; ce qui s'explique par les difficultés des manœuvres et par les difficultés plus grandes encore de la guérison. C'est une loi des mieux établie en thérapeutique chirurgicale ou médicale, que plus une maladie est difficile à guérir, plus les moyens de guérison sont nombreux. Pour vaincre les difficultés qui naissent de la position des parties et de la nature de la maladie elle-même, les chirurgiens se sont livrés à des efforts inouïs. L'opération de la suture se compose de deux temps, tous deux difficiles : 1° Rafraîchir les bords de la solution de continuité, c'est-à-dire les placer dans les conditions les plus favorables à une adhésion mutuelle ; 2° fixer

ces deux bords, ces deux lèvres pour assurer l'union. Pour le premier temps, tantôt on s'est servi du bistouri, tantôt des ciseaux ; ces instruments ont été diversement infléchis, coudés. Enfin des instruments tout à fait nouveaux ont été inventés pour opérer ce premier temps. Pour le faciliter, on a introduit les doigts par le vagin dans la vessie ou par l'urètre, après avoir divisé ce canal (Sanson), ou après avoir habilement profité d'une dilatation dont il était le siége. Pour l'exécution du second temps, les moyens n'ont pas moins varié. Depuis le nœud simple de Malagodi jusqu'à la griffe de M. Lallemand, tous les systèmes de suture ont été mis à contribution. Ce sont donc des différences qui portent sur le premier ou le second temps ou sur les deux, ou même sur des particularités importantes de ces deux temps ; ce sont ces différences qui constituent les procédés que nous allons passer en revue. Quoique notre confiance soit loin d'être entière pour aucun de ces procédés, nous croyons cependant devoir les exposer, parce que leur lecture, leur méditation, pourront peut-être un jour faire naître la vraie méthode curative. Nous commencerons par le procédé de Malagodi, parce qu'il nous paraît le mieux en rapport avec les principes qui nous guident quand nous voulons obtenir une réunion immédiate.

A. *Procédé de M. Malagodi.* Le chirurgien plaça la malade dans la position d'usage pour l'opération de la taille ; il introduisit l'index de la main droite, recouvert d'un doigtier en peau, dans l'ouverture fistuleuse, fléchit les deux dernières phalanges en guise de crochet, et amena le plus possible, en tirant en bas, le bord calleux gauche de cette ouverture à l'orifice du vagin. Il prit alors, de la main opposée, un bistouri droit, et coupa sur son doigt, au moyen d'une incision semi-lunaire, le bord qu'il avait fait saillir. Il répéta la même opération du côté opposé, en changeant la main, c'est-à-dire en introduisant l'index gauche, et en opérant avec la main droite.

Les bords de la fistule ainsi rafraîchis, il s'agissait de les rapprocher et de les maintenir en contact. Trois cordonnets, portant à chacune de leurs extrémités une aiguille très-courbe et très-petite et une tige sur laquelle les aiguilles peuvent être fixées et laissées à volonté, furent les instruments employés pour cette réunion. M. Malagodi introduisit l'indicateur droit dans l'ouverture ravivée, de manière que le dos de la main regardait le corps de la malade, le pouce en bas et le petit doigt en haut, et il ramena sous ses yeux la lèvre gauche de l'ouverture vagino-vésicale. Prenant alors de la main gauche une aiguille fixée sur son manche, il l'enfonça près de l'angle postérieur de la plaie, en la faisant pénétrer, avec le secours du doigt, d'arrière en avant. Après cette première aiguille, il en passa une seconde de la même manière, puis une troisième, à des distances égales. Ayant répété la même opération du côté opposé, il noua les cordons deux à deux, et put amener ainsi en contact immédiat et dans toute leur longueur les bords de la plaie. La malade fut remise dans son lit, avec recommandation de rester couchée sur le dos. Une sonde fut mise à demeure dans la vessie, et un vase placé au-dessous recevait l'urine, qui s'écoulait librement, à mesure qu'elle était apportée par les uretères. Pendant tout le cours de la seconde tournée, l'urine passa par la sonde, et pas une goutte ne s'écoula par la plaie. Il n'en fut pas de même le lendemain, où l'on trouva baignée de ce liquide le peu de charpie qui avait été introduit dans le vagin. Le quatrième jour, la malade fut replacée dans la position de l'opération. M. Malagodi vit que les deux points de suture postérieurs s'étaient maintenus ; il les enleva, et la réunion se trouva parfaitement accomplie là où les bords étaient restés en contact. Le point antérieur, au contraire, avait déchiré la lèvre gauche de la plaie, et il en était résulté qu'un tiers à peu près de l'ouverture principale ne s'était pas cicatrisé. Bien que la cautérisation par le nitrate d'argent n'eût produit aucun avantage quand l'ouverture fistuleuse permettait le passage du doigt, on eut lieu d'espérer que le même moyen serait plus efficace alors que cette ouverture avait été réduite au diamètre d'une sonde ordinaire. M. Malagodi eut donc recours à la cautérisation, et au bout de trois semaines environ, il obtint une amélioration sensible. La sonde fut constam-

ment laissée dans la vessie. Le docteur Malagodi continua pendant quelques semaines encore l'emploi du caustique, et la malade fut complétement guérie vers le commencement de janvier. » (*Racoglitore medico*, 6 juillet 1829.)

B. *Procédé de M. Lewzinsky. Suture par des aiguilles qui vont de la vessie dans le vagin.* Ramener le bord postérieur de la fistule vers l'urètre en même temps que son bord antérieur serait refoulé en arrière, c'est on ne peut plus rationnel. M. J. P. Lewzinski a posé ce principe dès l'année 1802. Son instrument est une sonde plate, un peu courbe et percée de deux fentes près de son bec, pour le passage d'une aiguille également courbe. Une tige ou un ressort, renfermé dans cette canule, est destiné à pousser l'aiguille allant de la vessie dans le vagin au travers de la lèvre postérieure de la fistule, bien entendu une fois que l'instrument est placé dans la vessie. Extraite par la vulve, cette aiguille entraîne un fil dont on fait une anse ou un point de suture. Après en avoir placé plusieurs de la même manière, on les passe dans un serre-nœud, afin de fermer l'ouverture vésico-vaginale. Cet appareil ne fut point appliqué sur la malade pour laquelle M. Lewzinski l'avait imaginé. (Thèses de la Faculté de Paris, 1802.)

C. *Procédés de M. Nægelé.* 1er. M. Nægelé se sert de ciseaux ordinaires et d'un bistouri à chappe d'une forme particulière. Une sonde est préalablement placée dans l'urètre ; les ciseaux, dirigés sur l'index, incisent le bord postérieur (fistules transversales) ou l'angle supérieur (fistules longitudinales) ; puis le bistouri caché est porté dans le vagin à l'aide de l'index droit, dont la pulpe doit dépasser un peu l'extrémité de la gouttière qui couvre le tranchant de l'instrument. Le doigt étant parvenu au delà de la partie déjà scarifiée, la gouttière est retirée, la lame est mise à nu, et le bord antérieur (fistules transversales), ou l'angle antérieur et les bords latéraux (fistules longitudinales) sont rafraîchis.

2e. M. Nægelé a proposé de pratiquer la suture de la manière suivante : la malade étant dans la position usitée pour l'opération de la taille sous-pubienne, le chirurgien, placé devant elle, introduit dans le vagin le doigt indicateur de la main, du côté opposé à la lèvre de la fistule qu'il doit percer la première (fistule longitudinale) ; le doigt indicateur de l'autre main est passé dans l'anneau qui termine une aiguille de forme analogue à celle de Deschamps. Cette aiguille, armée d'un fil passé près de sa pointe, et conduite sur le doigt placé dans le vagin, jusqu'à ce que sa pointe corresponde à la fistule. L'extrémité de l'index est alors glissée entre les lèvres de la fistule, de manière à presser avec la pulpe la surface vésicale de la lèvre, et faisant ainsi appuyer la surface vaginale sur la pointe de l'aiguille, celle-ci la traverse, aidée qu'elle est par un léger mouvement de rotation que lui imprime l'indicateur passé dans l'anneau de l'instrument. L'extrémité de l'indicateur, introduit dans le vagin, se retire alors d'entre les lèvres de la fistule pour venir s'appliquer sur la face vaginale de la seconde lèvre et la presser sur la pointe de l'instrument, qui la traverse de la surface vésicale vers la surface vaginale. Ceci fait, l'instrument est confié à un aide, et le chirurgien saisit avec la main libre une petite pincette qu'il conduit sur le doigt indicateur laissé dans le vagin, jusqu'au niveau de la pointe de l'instrument ; là, il cherche à introduire une des pointes de la pincette sous le fil dont est armé l'aiguille ; le fil saisi, la pincette l'entraîne hors du vagin. L'aiguille est ensuite retirée par un mouvement inverse à celui par lequel ou l'avait fait pénétrer ; les deux extrémités de l'anse de la suture sont réunies et entortillées, jusqu'à ce que la malade se plaigne d'une légère douleur dans la région de la plaie.

3e. Un autre procédé, que M. Nægelé n'a essayé que sur le cadavre, consiste à passer le fil de la vessie vers le vagin. A travers une sonde de Laforêt un peu modifiée, passe un ressort dont l'une des extrémités, semblable à celle d'un petit bistouri pointu, étroit et concave, est percée près de sa pointe d'un chas, et dont l'autre est munie d'un anneau.

L'aiguille élastique, après avoir été enfilée, est passée dans la sonde ou canule courbe, l'instrument est alors introduit dans la vessie comme un cathéter ordi-

naire, puis dirigé de telle sorte que la concavité regarde en bas et en arrière. L'extrémité de la canule, guidée par l'index placé dans le vagin, vient s'appuyer sur l'un des bords de la fistule; le pouce passé dans l'anneau presse sur l'aiguille, qui traverse la cloison vésico-vaginale; le bout du fil, engagé dans le chas, est alors saisi, attiré au dehors et fixé. L'aiguille est ramenée dans la canule, dont on appuie l'extrémité de l'autre côté de la fistule, à distance convenable du bord. Elle traverse de nouveau la cloison vésico-vaginale. Le fil est attiré jusqu'à ce qu'on l'ait dégagé entièrement du chas; l'aiguille est alors rentrée dans la canule, l'instrument est retiré de la vessie, pour être remplacé par une sonde ordinaire. L'on peut ainsi placer successivement deux ou plusieurs fils, et avec une égale facilité, quelle que soit la direction de la fistule. (Michon, p. 92.)

D. *Procédés de M. Deyber.* 1er *pour l'avivement.* M. Deyber indique théoriquement le procédé suivant : Si l'ouverture n'était pas bien haute, et si on pouvait facilement l'atteindre avec le doigt, je préférerais, dit-il, introduire dans la vessie une bougie un peu plus grosse, faite de bois tendre, mais fort, pour servir de point d'appui aux bords de l'ouverture, sur lesquels j'inciserais avec un bistouri droit, pointu, un peu concave sur son tranchant. Si la crevasse était transversale, un bistouri coudé sur le plat ne serait peut-être pas sans utilité.

2e. Dans le procédé de M. Deyber, on porte les points de suture par l'urètre et l'intérieur de la vessie. Les bords de l'ouverture fistuleuse étant rafraîchis, on introduit dans l'urètre une sonde courbe à dard, aiguillée, et armée d'un fil; la lèvre de la fistule est transpercée de la face vésicale vers la face vaginale, un des bouts de l'anse de fil dont est traversé le dard est dégagé avec des pinces ordinaires; on fait rentrer dans la sonde le dard toujours muni de son fil, et l'on perce de même la lèvre opposée, puis on dégage l'autre bout de fil, et l'anse se trouve en place; le dard, rentré dans sa gaîne, est enfin retiré avec elle. S'il faut placer plusieurs points de suture, on répète la même manœuvre. Quand on a placé le nombre de fils voulu, rien n'est plus facile que de les nouer, ou de les passer dans un serre-nœud de Levret. (V. Thèses de Strasbourg, 1827. C'est un des meilleurs mémoires sur cette matière.)

E. *Procédé de M. Roux. Suture entortillée.* Chez la malade opérée par M. Roux, la fistule vésico-vaginale existait depuis trente-deux jours; pas une goutte d'urine ne sortait par l'urètre, ce liquide s'échappait continuellement par le vagin. Le doigt introduit dans le vagin, en suivant sa paroi antérieure, reconnaît, vers la terminaison du col de la vessie, une fente longitudinale, à travers laquelle il pénètre facilement dans l'intérieur de cet organe. Cette fente, mesurée avec soin, avait près de treize lignes de longueur. Sa commissure inférieure existait un peu au-dessus de l'origine de l'urètre; la commissure supérieure répondait au bas de la vessie, quelques lignes au-dessus du col. Les bords de la fistule se rapprochaient l'un de l'autre pendant la position horizontale; ils s'écartaient lorsque la malade était debout. La constitution de cette femme paraissait excellente.

M. Roux s'arrêta au projet d'aviver, avec l'instrument tranchant, les bords de la fistule, et de les maintenir réunis au moyen de la suture entortillée. Pour arriver à ce but, il fit construire deux pinces à anneaux, dont les bords portaient chacun à leurs extrémités, l'une pour le côté droit, l'autre pour le côté gauche, deux ailes planes et quadrilatères, de longueur égale, mais de largeur différente; de telle sorte que l'aile soudée à la branche inférieure de la pince avait une largeur double de celle fixée à la branche supérieure. Par ce moyen, chacun des bords de la fistule étant saisi par les deux ailes des pinces, le bistouri devait trouver sur l'inférieure un point d'appui solide pour inciser la lèvre dans toute sa longueur; cela fait, une aiguille courbe, montée sur un porte-aiguille à staphyloraphie, devait être introduite dans le vagin, traverser en deux temps, de dehors en dedans, et de dedans en dehors, les deux bords de la division. Cette aiguille devait être armée d'un fil entraînant à sa suite une grosse aiguille d'argent longue de seize lignes, et terminée par un bouton à l'une des extrémités

l'autre étant percée d'une ouverture dans laquelle passait le fil. Cette aiguille droite, ainsi conduite par le fil à la suite de l'aiguille courbe, étant passée d'un bord à l'autre, devait être assujettie par un fil, comme dans l'opération du bec-de-lièvre ; et quand deux ou trois aiguilles auraient été placées de la sorte, on devait procéder à la suture entortillée. L'opération fut pratiquée le 21 juillet 1829.

Un spéculum brisé fut introduit dans le vagin, mais comme il gênait, il fut retiré, et le chirurgien ne se guida alors que par ses doigts. Il commença par inciser la commissure supérieure et l'inférieure dans une très-petite étendue, afin de rendre possible la réunion aux deux extrémités de l'ouverture fistuleuse ; il saisit ensuite la lèvre droite de la fistule ; mais ce ne fut pas sans peine, et sans avoir été obligé de la lâcher et de la reprendre à plusieurs fois; enfin, il porta dans le vagin un bistouri droit dont la pointe était garnie d'une boule de cire, et procéda à l'avivement, ce qui fut long et pénible.

L'aiguille courbe, montée sur le porte-aiguille, et armée d'un fil passé dans le chas d'une aiguille d'argent, traversa la lèvre droite de la fistule vers sa partie supérieure, passa du vagin dans la vessie, et rentra dans le vagin. Elle fut alors saisie avec des pinces à anneaux, dégagée du porte-aiguille ; elle fut portée à travers la lèvre gauche de la vessie dans le vagin, retirée du porte-aiguille, et ramenée au dehors. Cette manœuvre fut assez longue et difficile. Le fil conducteur de l'aiguille d'argent servit ensuite à tirer cette dernière à travers les deux lèvres de la plaie ; et, dans la crainte que le bouton ne fût insuffisant pour empêcher l'aiguille de glisser à travers l'ouverture faite par l'aiguille courbe, il fut fixé un autre fil qu'on retint au dehors avec un second, qui, passant d'un côté à l'autre, maintenait, autant que possible, l'aiguille et les lèvres de la plaie dans les rapports convenables.

Une seconde aiguille fut passée de la même manière, et M. Roux procéda à la suture, non sans rencontrer plusieurs difficultés qu'il est facile de concevoir. L'opération dura plus de deux heures. La malade, peut-être plus fatiguée de la position qu'elle avait été obligée de garder, que de la douleur qu'elle ressentait pendant l'opération, fut portée à son lit. Le matelas sur lequel elle devait être couchée avait été plié en deux, de telle sorte que le bassin seulement reposait sur l'extrémité de ce matelas, les cuisses et les jambes devant être fléchies et soutenues par des coussins. Dès le soir du jour de l'opération, la malade éprouva du malaise, du frisson ; elle fut en proie les jours suivants aux accidents de phlébite, ou de résorption purulente, auxquels elle succomba le septième jour de l'opération.

A l'autopsie, l'examen de la vessie fit voir que l'ulcération et la mortification des bords de la fistule avaient augmenté son étendue ; elle avait plus de deux pouces ; ses bords étaient épaissis, ramollis, inégalement ulcérés, noirâtres, imprégnés d'une matière sanieuse et fétide ; il y avait quelques caillots sanguins décomposés dans la vessie. (*Observation citée* par M. Michon.)

F. *Procédés de M. Colombat.* Cet auteur, pour rendre l'emploi de la suture plus facile, a fait faire plusieurs instruments et a employé des procédés qui varient selon la direction de la solution de continuité vésico-vaginale.

Si l'ouverture offre un grand diamètre, et est dirigée dans le sens longitudinal ou antéro-postérieur, M. Colombat applique la suture du pelletier ou à surjet. Elle est faite de la manière suivante : Après avoir mis à découvert la fistule au moyen d'un spéculum qui présente une solution de continuité dans le sens de sa longueur, il en saisit une des lèvres avec les mors d'une pince, qui sont rendus mobiles et disposés de telle sorte qu'ils peuvent agir dans tous les sens, quelle que soit la direction de la plaie. Le bord qui est soutenu par la pince est ensuite avivé au moyen d'une petite lame boutonnée et à deux tranchants de neuf à dix lignes de longueur ; cette lame, montée verticalement et à angle droit sur une tige de fer de quatre à cinq pouces de long, et se terminant par un manche recourbé comme celui du spéculum, est susceptible d'être tournée de manière à pouvoir inciser d'avant en arrière, de droite à gauche ou obliquement, selon les circonstances. M. Colombat rafraîchit les bords de la

fistule avec une longue pince dont les mors, l'un tranchant, et l'autre terminé par une petite plaque de plomb destinée à soutenir les tissus pendant leur section, sont également mobiles comme ceux de l'autre pince, et disposés de manière à pouvoir agir dans toutes les directions. Quel que soit celui des instruments qui est préféré, il faut, au moyen de la petite lame à deux tranchants, agrandir d'une demi-ligne ou d'une ligne au plus, les angles de la fistule. L'avivement est alors mieux fait vers ces points par où commence toujours la cicatrisation; on donne ainsi le plus possible, à la perforation, la forme d'une boutonnière, laquelle est très-favorable à la réunion des parties.

Après l'avivement ainsi pratiqué, M. Colombat rapproche les bords rendus sanglants, au moyen d'une aiguille tournée en spirale comme un tire-bouchon. Cette aiguille, fixée sur un manche d'ivoire, présente à son extrémité perforante un petit fer de lance de trois ou quatre lignes de longueur, et, à son autre bout, c'est-à-dire à son point d'union avec l'instrument proprement dit, un chas armé d'un fil qui se loge dans une rainure pratiquée sur le bord externe de chaque circonvolution, et qui est ensuite arrêté près du manche au moyen d'une petite vis à tête saillante.

Il introduit l'instrument perforateur, ainsi armé de sa ligature, dans la cavité du spéculum jusqu'au niveau de l'angle inférieur de la fistule; puis, en commençant par la face vésicale, il perfore la lèvre gauche à deux lignes de son bord libre, et en faisant exécuter au manche de l'aiguille un demi-mouvement de rotation avec le pouce et l'index, et ensuite un petit mouvement de bascule de haut en bas et de gauche à droite, il pique le bord opposé qui est traversé alors en sens inverse, c'est-à-dire du vagin à la vessie; le même mécanisme est continué jusqu'à ce que les lèvres de la perforation soient complétement rapprochées dans toute leur étendue, puis avec les mors de la pince qui a servi à fixer les bords de la fistule pendant l'opération, il saisit le fer de lance qui est rendu immobile pendant qu'on fait exécuter au reste de l'aiguille un léger mouvement de rotation du côté opposé. Pour empêcher que la ligature ne se relâche, les deux bouts du fil, ramenés l'un et l'autre à la vulve, sont tordus ensemble dans toute leur longueur, puis fixés près de la suture avec un peu de cire à cacheter que l'on fait chauffer jusqu'à ce qu'elle soit un peu ramollie. Lorsque l'agglutination paraît achevée, on coupe les fils au-dessus du point où ils sont unis par la cire, puis on les retire avec précaution.

L'aiguille en spirale n'étant applicable que dans les cas de fistules longitudinales, M. Colombat possède d'autres aiguilles pour employer la suture dans le traitement des perforations vagino-vésicales transversales et plus ou moins obliques. Ces aiguilles sont au nombre de deux et présentent les dispositions suivantes : leur tige, montée sur un manche recourbé à angle obtus, forme une espèce de pince à partir de leur tiers supérieur, et se divise en deux branches qui se recourbent ensuite verticalement à angle droit, puis qui, à la distance de huit à neuf lignes, se recourbent de nouveau d'environ une ligne, pour saisir, par leur rapprochement opéré au moyen d'un long coulant, un petit fer de lance de trois lignes de longueur, dont la pointe redescend parallèlement à la tige ascendante. Cette extrémité perforante de l'instrument offre, à son autre extrémité, un chas dans lequel est introduit un fil qui se loge dans une rainure pratiquée le long de la tige pour se fixer au moyen d'une petite vis à tête placée près du manche. La seule différence entre ces deux aiguilles, c'est que le fer de lance de celle qui doit servir pour placer le fil à travers le bord postérieur de la fistule redescend au devant de la tige verticale qui les supporte, tandis que l'aiguille destinée à placer la ligature sur la lèvre la plus rapprochée de la vulve, est terminée par un fer de lance qui est en deçà, c'est-à-dire au devant de la même tige.

« Lorsque les bords de la fistule sont rendus sanglants, comme nous l'avons indiqué plus haut et avec le secours des instruments que nous avons fait connaître, nous portons dans la cavité du spéculum jusqu'au niveau de la fistule, celle des aiguilles dont l'extrémité perforante est au

delà de la tige verticale ; puis, après avoir introduit cette dernière dans la vessie par l'ouverture fistuleuse, nous abaissons la totalité de l'instrument jusqu'à ce que nous ayons senti une légère résistance produite par la perforation de la lèvre postérieure, qui doit être faite à deux ou trois lignes de son bord, non en appuyant fortement, ce qui exposerait à une déchirure, mais en exécutant quelques mouvements de latéralité ; alors, après avoir ramené la coulisse qui tenait les branches rapprochées, et après avoir dégagé le fil encore fixé à l'instrument, nous retirons ce dernier du spéculum, puis, au moyen de la pince au mors mobile qui nous a servi à soutenir les parties pendant leur avivement et leur perforation, nous saisissons le petit fer de lance qui fait une saillie dans le vagin, et nous le ramenons vers la vulve, pour le séparer du fil dont un des bouts est retiré de la plaie.

» Le nombre suffisant de fils étant appliqué sur le bord postérieur de la fistule, on en place le même nombre, avec l'autre aiguille, sur la lèvre antérieure, mais chaque suture sera faite avec le même fil, c'est-à-dire que le plus long des chefs du premier fil, placé à la lèvre postérieure, servira pour le point opposé et correspondant du bord antérieur de la perforation, et de même pour les autres. Enfin, lorsque tous les fils seront placés sur les deux bords de la fistule, on reconnaît les bouts qui se correspondent et doivent être liés entre eux, si on a eu le soin de mettre un fil blanc pour la première ligature, un rouge ou d'une autre couleur plus tranchante pour la seconde, un noir pour la troisième, etc. Cette précaution abrége de beaucoup le temps que l'on met à reconnaître les chefs des ligatures.

» Cela étant fait, poursuit M. Colombat, nous réunissons les fils de la même couleur par un nœud double si c'est possible, ou si nous éprouvons trop de difficulté, par un nœud simple, que nous empêchons de se lâcher en tortillant les deux bouts de fil jusque vers la suture, et en les fixant l'un à l'autre avec un peu de cire ordinaire ou de cire à cacheter rendue molle par la chaleur. » (*Traité des maladies des femmes*, tome II, page 487 et suiv.)

G. *Procédé de M. Lallemand.— Sonde érigne, introduite par l'urètre.* Ce procédé se compose : 1° d'une grosse canule, longue d'environ quatre pouces ; 2° d'un double crochet qu'une tige fait mouvoir dans la sonde, de manière à le pousser au dehors ou le faire rentrer dans sa gaîne ; 3° d'une plaque circulaire portée par l'autre extrémité de la sonde, et qui empêche, s'il le faut, celle-ci de pénétrer trop profondément dans la vessie ; 4° d'un ressort en boudin, destiné à tirer en devant les petits crochets une fois engagés dans la lèvre postérieure de la fistule. La sonde, conduite dans la vessie, permet de pousser les deux petits crochets jusque dans le vagin, à travers la cloison vésico-vaginale, que le doigt indicateur gauche est chargé de soutenir. Un tour de vis les fixe dans cette position ; un rouleau de charpie ou de linge fin, destiné à protéger les tissus, est placé entre le devant de l'urètre et la plaque externe de la sonde ; enfin, on lâche le ressort, qui agit dès lors tout à la fois en tirant sur la lèvre postérieure par le moyen des crochets, et en refoulant la paroi inférieure de l'urètre par l'intermède de la plaque circulaire ou de la charpie qui lui sert de point d'appui. Par un mécanisme particulier, on peut graduer la détente du ressort, de telle sorte qu'il n'en résulte qu'une pression modérée, quoique suffisante pour opérer le contact des deux bords de la fistule.

Après avoir rapporté quelques faits relatifs au procédé de M. Lallemand, M. Michon se livre à une discussion judicieuse, que nous allons rapporter textuellement. « Ces observations ne sont pas les seuls cas dans lesquels M. Lallemand ait appliqué son procédé à des fistules vésico-vaginales. D'après le rapport de M. Breschet, déjà cité, il a pratiqué cette opération quinze fois, et les thèses de la Faculté de Montpellier en contiennent quelques exemples. Il compte sept guérisons complètes, et, dans les sept cas, quatre fistules avaient neuf à dix-huit lignes d'étendue transversale, trois étaient placées au bas-fond de la vessie ; deux étaient accompagnées de brides qui oblitéraient en partie le vagin, et qui ont rendu les manœuvres opératoires très-difficiles. M. Lallemand compte six insuccès, dont trois cas de mort. Loin de moi la pensée de suspecter

en quoi que ce soit les observations qui viennent d'un homme tel que M. Lallemand; mais, au point où en est aujourd'hui la question de guérison des fistules vésico-vaginales, il me paraît indispensable de conserver son libre droit d'examen sur les faits de ce genre, et d'attendre, pour les admettre ou les rejeter, que leur publicité ait permis d'en peser toutes les circonstances, d'en examiner les moindres détails, de vérifier les assertions qu'ils contiennent, pour en faire sortir un hommage éclatant à la vérité.

» Telle qu'il l'a instituée et perfectionnée, avec la somme incontestable de revers et de succès qu'on ne peut lui refuser, l'opération de M. Lallemand n'a peut-être pas tenu tous les avantages que son auteur semblait, dans le principe, s'en promettre, et je suis convaincu que ce chirurgien n'écrirait pas aujourd'hui, comme en 1825, qu'il ne doute pas que beaucoup de fistules vésico-vaginales, regardées généralement comme incurables, ne soient susceptibles d'une guérison radicale par des procédés simples et tout à fait exempts de dangers. Il me semble que c'est trop accorder à la sonde érigne, que de lui faire jouer le rôle d'un instrument unissant, qu'on pourrait comparer, par exemple, à la suture du bec-de-lièvre. Ainsi que nous l'avons vu dans l'observation de madame Martin, et qu'on l'a observé dans d'autres cas, elle n'a pas la fixité d'une suture; elle n'agit réellement que sur l'une des lèvres de la fistule, et dans le cas d'écartement très-grand, il est difficile qu'elle en amène les bords au contact, et surtout les y maintienne. Si je ne me trompe, elle rapproche les parties mieux, mais à la manière du tampon, au moins pour la lèvre inférieure. Il resterait enfin à déterminer pour quelle part l'avivement par la cautérisation est dans le succès de la méthode, ce qui n'ôterait rien à la valeur des guérisons en elles-mêmes, mais ce qui pourrait modifier l'idée à se former sur la sûreté du résultat de l'opération, envisagée dans son ensemble. Enfin, il s'en faut que l'opération soit toujours innocente; la présence des crochets dans l'épaisseur des parois de la vessie détermine quelquefois des douleurs, des inflammations, qui, dans quelques cas, ont été le point de départ d'accidents graves, et même mortels.

» En somme, bien que le procédé de M. Lallemand n'ait pas tous les avantages qu'on a désiré lui trouver, et qu'il présente des inconvénients, des dangers réels qu'on ne peut pas toujours prévenir, il n'en est pas moins un des plus ingénieux, et d'une utilité incontestable; sa découverte a été un progrès pour la science, et le signal d'une nouvelle impulsion donnée en France aux recherches ayant pour but la guérison d'une des plus déplorables infirmités. » (*Thèse citée*, p. 152 et suiv.)

Ce que nous avons déjà dit des procédés employés pour guérir les fistules vésico-vaginales, et ce que nous avons à dire, tout prouve notre peu de confiance en ces moyens. Cependant, comme nous écrivons pour des praticiens, nous devons mettre souvent de côté nos préventions théoriques et dire avec sincérité les faits favorables à une méthode, comme nous avons dit les faits et les raisons contraires. Ainsi, la méthode de M. Lallemand s'appuie surtout sur deux faits de succès qui, pour ce praticien, sont tous deux incontestables, tandis que pour d'autres chirurgiens il y aurait lieu à contestation. Il s'agit de l'observation déjà célèbre de madame Martin (de Marseille) et de celle de la femme Fépon des environs d'Aix (en Savoie). L'entière guérison de cette dernière femme avait été annoncée par M. Deville dans sa thèse inaugurale. Mais M. Deville a été contredit en ces termes par M. Serre, professeur à Montpellier.

« Or il résulte, dit-il, des notes que j'ai prises *moi-même*, en avril 1833, à l'égard de la femme Françoise Fépon, qu'elle a été réellement soulagée, peut-être autant par les cinq cautérisations auxquelles elle fut soumise avant l'opération, que par l'application de la sonde érigne, mais qu'elle n'a jamais été complétement guérie. Je me rappelle même avoir vu souvent, à cette époque, les personnes qui faisaient le service intérieur de la salle, lui reprocher de tromper ainsi celui qui l'avait opérée, et *je ne suis pas le seul* à l'avoir entendue. Ce que je puis certifier aussi, c'est d'avoir trouvé quelquefois, à la visite du matin, *la chemise ou le drap de lit de cette malade mouillé*

d'urine, alors cependant qu'elle disait que la fistule était cicatrisée, le tout pour se soustraire à de nouvelles opérations. »

Pour l'observation de madame Martin, il s'était aussi élevé des doutes très-sérieux et très-nombreux. M. Jeanselme s'était rendu l'organe de ces doutes dans un article bien fait de l'Expérience (1838). Alors MM. Magail et Cauvière, praticiens distingués de Marseille, écrivirent à l'*Expérience* la déclaration qui va suivre, afin d'atténuer l'effet fâcheux produit par la lecture du travail de M. Jeanselme.

« Nous croyons devoir vous dire, écrivent les praticiens de Marseille aux rédacteurs du journal l'*Expérience*, que nous avons souvent donné des soins à madame Martin depuis son retour de Montpellier; que l'un de nous l'a assistée dans un accouchement prématuré qui a eu lieu vers le sixième mois de la grossesse, événement qui a dû mettre la cicatrice à une rude épreuve; que nous voyons journellement madame Martin, et que depuis douze ans qu'elle a été opérée, il n'est pas passé une goutte d'urine par le vagin, qu'elle les garde dans la vessie pendant douze et treize heures sans la moindre incommodité, ce que peu de femmes pourraient faire. » (Ceci est exagéré, beaucoup de femmes pourraient garder les urines plus longtemps encore.)

Nous allons maintenant transcrire l'observation de madame Martin, et nous la donnerons *in extenso*, car rien ne peut être retranché dans un pareil document, le seul, selon nous, qui justifie pleinement les prétentions de M. le professeur Lallemand :

« Madame Martin, de Marseille, âgée de trente ans, éprouva les premières douleurs de l'enfantement dans la matinée du 14 février 1824; son accouchement fut très-laborieux : deux jours après, l'accouchée commença à ne plus pouvoir uriner; on fut obligé, pendant sept jours, de vider la vessie avec la sonde. Le neuvième jour, une incontinence d'urine succéda tout à coup à la rétention complète, et la chute de plusieurs lambeaux d'une escarre gangréneuse fit découvrir une fistule vésico-vaginale occupant le col de la vessie, et permettant d'introduire le doigt dans cet organe à travers une ouverture que le chirurgien estima de l'étendue d'une pièce de 1 franc. Il mit une sonde de gomme élastique dans la vessie, et de temps en temps cautérisa les bords de la fistule avec le nitrate d'argent fixé dans le porte-crayon ordinaire. Au bout d'un mois, la circonférence de l'ouverture s'était tellement resserrée transversalement, que la perte de substance semblait réparée. Pour favoriser la réunion, le chirurgien, suivant le précepte de Desault, introduisit dans le vagin un tampon de charpie enduit de cérat et saupoudré de sulfate d'alumine. Au bout de quatre jours, le tampon fatiguant beaucoup la malade, fut retiré sans avoir produit aucun résultat avantageux. Le 26 mars, on remplaça les sondes de gomme élastique par celles d'argent, qui empêchaient beaucoup mieux le passage de l'urine par la fistule. On continua à cautériser.

» Le 6 mai, retour des règles, urines sanguinolentes.

» Le 20 mai, introduction dans le vagin d'un tampon de gomme élastique, dans l'intention de forcer les bords de la fistule à se réunir. Deux jours après, douleurs insupportables qui forcent à retirer le tampon.

» Le 22 mai, le chirurgien déclara la fistule incurable; la malade se rendit à Montpellier.

» Le 26 mai, je la trouvai couchée sur le dos, portant dans la vessie une sonde fixée à un bandage à double T, conduisant les urines dans un vase de fer-blanc. Dès que la sonde était retirée, elles s'échappaient par le vagin.

» Le doigt introduit dans le vagin me fit reconnaître, vers le col de la vessie, une fente transversale très-étendue, dont les bords durs et calleux étaient presque en contact. Un rouleau de cire à mouler d'un pouce et demi de diamètre, substitué au doigt, et pressé de bas en haut, prit l'empreinte de la fistule. Avant de le retirer, je fis avec l'ongle une échancrure profonde au niveau du méat urinaire : le porte-empreinte me rapporta, à quatorze lignes de distance de cette échancrure, une saillie demi-circulaire de sept lignes de longueur, et d'une demi-ligne d'épaisseur, représentant la forme et les dimensions de la fistule. En examinant le profil

de cette empreinte, il était facile de voir que la surface de la paroi supérieure du vagin, comprise entre le méat urinaire et la fistule, était plus basse d'une demi-ligne que celle qui, de la fistule, se dirigeait vers le col de l'utérus, c'est-à-dire que la première correspondait au canal urétral, et la deuxième à la paroi vésico-vaginale. Ainsi, la fistule occupait précisément le col de la vessie. Son siége et sa direction transversale m'expliquèrent facilement pourquoi les urines étaient tantôt retenues dans la vessie, tantôt expulsées involontairement. La malade étant assise, la matrice entraînait la paroi vésico-vaginale vers l'ouverture de la vulve, appliquait son bord postérieur contre son bord antérieur; fermée par le poids des parties, elle cessait alors de laisser passer les urines jusqu'à ce que, s'étant accumulées dans la vessie, elles en distendissent les parois, et produisissent ainsi l'écartement des bords de cette fente. Pour croiser une cuisse sur l'autre, la malade était obligée de contracter les muscles de l'abdomen afin de fixer le bassin; lorsqu'elle voulait tousser, cracher, etc., le diaphragme poussait en bas les viscères abdominaux, et, dans tous ces cas, la vessie comprimée forçait l'urine à passer par la fistule. Il en était de même dans la station, la progression, etc. Quand la malade était couchée sur le dos, les parois de l'abdomen étaient dans le relâchement, mais l'utérus entraînait la vessie vers le sacrum, éloignait par conséquent le bord postérieur de la fistule de son bord antérieur.

» Il était évident que les moyens employés jusqu'à présent dans le traitement des fistules vésico-vaginales, étaient insuffisants pour procurer la réunion d'une solution de continuité de sept lignes de longueur. Il ne suffisait pas de mettre les bords en état de se réunir et de les garantir du passage des urines, il fallait encore les mettre en contact et les y maintenir exactement pendant quatre ou cinq jours. Les deux premières conditions ne pouvaient guère présenter de difficultés, mais la dernière était plus difficile à remplir; je ne désespérai pas cependant d'y parvenir.

» Je ne pouvais rafraîchir les bords de la fistule avec l'instrument tranchant; la cautérisation avec le fer rouge ne me parut pas exempte d'inconvénients et même de danger sur une surface aussi étendue. On avait déjà employé le nitrate d'argent sans succès, mais, à l'aide d'un porte-crayon ordinaire, son action n'avait pu s'étendre au delà de la membrane muqueuse du vagin; je pensai donc, malgré ces antécédents, que le nitrate d'argent suffirait pour développer une inflammation susceptible de se terminer par adhérence, pourvu qu'on le fît pénétrer dans toute l'étendue de la fistule. Pour y parvenir, je fixai un cône de nitrate d'argent de trois lignes de longueur, dans le chaton d'une bague faite pour recevoir seulement l'extrémité de la dernière phalange du doigt indicateur. Pour qu'elle collât plus exactement sur la peau, je fis aplatir l'anneau comme une lanière de carte à jouer; il fut ensuite coupé dans le point opposé au chaton afin qu'on pût le resserrer à volonté. La sonde devait garantir suffisamment la fistule du contact des urines.

» Quant à la réunion des bords de la perte de substance, comme elle avait une direction tout à fait transversale, ma première pensée fut qu'on pourrait en obtenir le rapprochement en tirant les extrémités en sens contraire comme une boutonnière, et pour y parvenir, je fis construire une espèce de forceps dont on pouvait graduer l'écartement à l'aide d'une vis de rappel placée à l'extrémité des branches extérieures.

» Le 10 juin, j'essayai le dilatateur, et je m'assurai qu'il produisait le rapprochement désiré; je le retirai et je cautérisai de la manière suivante : la pulpe du doigt indicateur gauche étant appliquée sur la fistule, le doigt indicateur droit, armé de la bague fut introduit dans le vagin, le long du premier, et la pulpe dirigée en bas. Arrivé au niveau de la fistule, je retournai la pulpe du doigt en haut, et j'y fis pénétrer le cône de nitrate d'argent, sentant distinctement les bords de la fistule en deçà et au delà de la bague, et je la promenai transversalement d'un angle à l'autre. En un instant le nitrate d'argent fut dissous; la douleur fut beaucoup plus vive et plus profonde que dans toutes les

cautérisations précédentes. (Injection d'eau tiède dans le canal et dans le vagin.)

» Le lendemain, douleur très-vive, surtout dans la région de la vessie ; fréquentes envies d'uriner.

» Le troisième jour, j'examinai l'état des parties avec un spéculum utéri coupé à sa partie supérieure ; les escarres étaient presque toutes détachées, mais les surfaces n'étaient ni assez rouges, ni assez tuméfiées, pour que je pusse espérer que l'inflammation fût susceptible de produire la réunion ; en conséquence je pratiquai une seconde cautérisation.

» Le 15 juin, chute des escarres, surfaces cautérisées d'un rouge vif, sensibles et tuméfiées ; introduction d'une sonde d'argent dans la vessie ; application du dilatateur en forme de forceps. Dans la journée, douleur vive du côté du rectum et de la vessie, insomnie, nuit agitée, élancements du côté de la matrice. Le lendemain, la malade, malgré tout son courage, ne put supporter plus longtemps les tourments que lui causait la distension transversale du vagin ; l'instrument fut retiré, mais la sonde fut maintenue dans la vessie, afin de constater l'effet que produirait l'inflammation aiguë développée par ces deux cautérisations. Au bout de dix jours je retirai la sonde : l'écoulement des urines avait lieu abondamment de la même manière et dans les mêmes circonstances qu'avant la cautérisation. Je m'attendais à ce résultat à cause de la grande étendue de la fistule ; aussi je n'avais cessé de chercher le moyen d'obtenir la réunion immédiate des surfaces enflammées par un procédé analogue à celui qu'on emploie pour le bec-de-lièvre. Dans tous les projets que je formais, devant laisser une sonde dans la vessie, j'imaginai d'y adapter mes moyens de réunion. Je pensai qu'on pouvait renfermer dans sa cavité une espèce d'érigne double, qui, au moyen d'un levier armé d'un pas de vis, sortirait par deux trous pratiqués à quelque distance de l'extrémité vésicale de la sonde, et pénétrerait dans la paroi vésico-vaginale, derrière le bord postérieur de la fistule, tandis qu'à l'autre extrémité de la sonde on pouvait placer un ressort à boudin, qui, prenant un point d'appui sur un ressort coudé à son orifice, et l'autre sur une large plaque mobile, refoulerait vers la vessie le canal urétral, et pousserait en même temps la sonde en dehors, et avec elle les crochets implantés dans la paroi vésico-vaginale. J'exposai mes intentions à un mécanicien, qui me fabriqua mon instrument avec un grand succès.

» Le 24 juin, ayant ôté la plaque mobile et le ressort à boudin, ayant fait rentrer les crochets dans l'intérieur de l'instrument, je l'introduisis dans la vessie comme une sonde de femme ordinaire, et je l'y laissai pendant vingt-quatre heures pour m'assurer qu'elle empêchait efficacement les urines de passer par la fistule.

» Le 25 juin, cautérisation semblable aux deux précédentes.

» Le 26, nouvelle cautérisation.

» Les 27 et 28, deux lavements par jour pour vider le rectum ; bouillon pour tout aliment, afin d'éviter la nécessité de la défécation pendant le séjour de l'instrument.

» Le 29, à l'aide du spéculum utéri, je m'assurai que les escarres étaient tombées, que les bords de la fistule étaient rouges, tuméfiés, et en pleine suppuration : le moment me parut favorable pour tenter la réunion. Il paraît que l'érigne double pénétra dans la paroi vésico-vaginale à cinq ou six lignes de la lèvre postérieure de la fistule ; celle-ci était située à quatorze lignes de l'ouverture du méat : il fallait donc que les deux ouvertures de la sonde, par lesquelles devaient sortir les deux crochets, fussent introduites à vingt lignes du méat. Je collai sur la sonde une petite bande de papier à vingt lignes de ces deux ouvertures ; comprimant ensuite le ressort à boudin, je rapprochai la plaque mobile de l'extrémité de la sonde, et je la fixai en nouant les cordons passés dans les deux anneaux, entre le bec d'aiguière adapté à la sonde, et le moteur des crochets.

» Tout étant ainsi disposé, j'introduisis la sonde jusqu'à la bandelette de papier, je fis tenir l'instrument par un aide, j'appliquai la pulpe du doigt indicateur de la main gauche derrière la fistule pour faciliter l'introduction des crochets dans la paroi vésico-vaginale, et m'assurer du

point précis sur lequel ils agissaient ; avec l'autre main, je fis tourner de gauche à droite le pivot destiné à faire mouvoir les crochets. A mesure qu'ils sortaient de la sonde, je les sentais pénétrer dans les parties molles, à cinq lignes environ du bord postérieur de la fistule. Quand la pointe fut sur le point de traverser la membrane muqueuse, je retirai mon doigt et je continuai à faire sortir les crochets de la sonde : ils marchèrent alors d'arrière en avant dans la paroi vésico-vaginale. Enfin le pas de vis étant épuisé, le mouvement de rotation du pivot fut arrêté, et je fus certain que les crochets étaient en place. Je mis un rouleau de charpie au-devant de la plaque mobile afin de garantir les parties molles ; je dénouai les cordons qui les retenaient, et le ressort à boudin n'étant plus comprimé, la poussa, ainsi que la charpie, contre l'ouverture du méat urinaire. Ne pouvant y pénétrer, elle refoula le canal urétral vers la vessie et servit ensuite de point d'appui au ressort à boudin, qui poussa la sonde en dehors : celle-ci entraîna avec elle les crochets de l'érigne double, et, avec eux, la paroi vésico-vaginale dans laquelle ils étaient implantés. Après l'application de l'instrument, le doigt indiquait que les bords de la fistule étaient exactement affrontés, qu'ils s'étaient rapprochés de quatre à cinq lignes du méat urinaire, et que le canal urétral était beaucoup plus court qu'avant.

» La douleur produite par les crochets fut très-vive pendant deux heures ; mais la malade la dissimula dans la crainte que je retirasse l'instrument. (Limonade, orgeat, un bouillon.)

» Pendant la journée, urines abondantes et claires, passant en totalité par la sonde ; nuit assez bonne, quelques heures d'un sommeil léger et interrompu ; diminution de la douleur locale ; quelques coliques, douleur et pesanteur dans la région des reins, apparition anticipée des règles. Pendant les trois jours suivants, l'écoulement du sang fut plus abondant que de coutume, mais ne fut accompagné d'aucun accident et ne nuisit en rien à l'application de l'instrument. Les urines furent toujours claires et naturelles, tandis qu'aux époques menstruelles précédentes, celles même qui sortaient par la sonde étaient sanguinolentes. Cette circonstance me confirma dans l'opinion que l'instrument affrontait exactement les lèvres de la fistule, puisque le sang ne pouvait plus, comme autrefois, passer du vagin dans la vessie. Au bout de trois jours et demi, craignant que l'inflammation déterminée par les crochets, en diminuant la cohésion des tissus, n'en favorisât la déchirure, je fis cesser l'effet du ressort en fixant la plaque mobile à l'aide des cordons ; je retirai le tampon de charpie, je fis rentrer les crochets dans l'intérieur de la sonde, et je la laissai en place comme une sonde de femme ordinaire. (Soupe, œufs clairs ; le lendemain, aliments légers.)

» Le 4 juillet, quelques gouttes d'urine ayant passé par le vagin, je retirai l'instrument, et je remarquai à quatre lignes des ouvertures destinées au passage des crochets, une tache d'un brun noirâtre. Comme elle correspondait à la fistule, et que la partie de la sonde qui était hors du canal avait la même couleur bronzée, j'attribuai cette tache à l'action de l'air à travers le centre de cette ouverture ; j'introduisis une sonde plus petite. (Plusieurs lavements émollients.)

» Le 5, des coliques rapprochées annoncèrent le retour des selles supprimées depuis six jours. Malgré un lavement émollient, cette fonction exigea la soustraction de la sonde : elle ne fut pas replacée, et cependant la malade resta deux heures couchée sur le dos ou sur le côté, sans rendre une goutte d'urine.. Les jours suivants elle dormit pendant six ou sept heures de suite sans être mouillée. Cette amélioration dans sa position lui causa une joie dont il serait difficile de se faire une idée, si on ne se rappelait que pendant quatre mois elle était couchée sur le dos avec une sonde dans la vessie. Encouragée par ce premier succès, elle sollicitait avec impatience une seconde application de l'instrument. Le 10 juillet, j'explorai la fistule, et je trouvai qu'elle avait diminué d'un tiers de chaque côté. Cinquième cautérisation plus douloureuse que les précédentes. (Deux bouillons.)

» Le 11, bords de la fistule plus gonflés,

plus rouges, et plus sensibles qu'après les cautérisations précédentes.

» Le 12, seconde application de la sonde érigne; crochets appliqués à huit lignes de la fistule, afin qu'ils ne pénètrent pas dans les mêmes trous; tampon de charpie appliqué au devant de la plaque mobile, un peu plus épais que la première fois.

» Il résulta de ces deux circonstances peu importantes en apparence, que le ressort à boudin fut plus comprimé, et agit par conséquent avec une force plus grande que la première fois. Cette légère augmentation d'action faillit avoir des conséquences fâcheuses : dans la journée la malade souffrit beaucoup, mais elle s'efforça de dissimuler ses douleurs pour qu'on ne touchât pas à l'instrument. Le soir, les idées devinrent incohérentes; enfin, elle délira. Quand j'arrivai je trouvai la figure fort colorée; les membres étaient de temps en temps affectés de mouvements spasmodiques, mais il n'existait point de fièvre, et, chose assez remarquable, ce n'était pas de la traction exercée par les crochets que la malade se plaignait, mais de la compression produite par le tampon de charpie. La douleur était contusive et accompagnée d'engourdisement dans les aines et dans les cuisses : je diminuai l'effet du ressort à boudin en retirant de quatre à cinq lignes la plaque mobile et en la fixant à l'aide des cordons qui y sont adaptés; quelques minutes aprés, tout cet appareil effrayant de symptômes avait disparu. Le lendemain, je relâchai un peu les cordons, et le troisième jour je laissai de nouveau le ressort entièrement libre.

» Le 16, au matin, quatre jours après l'application de la sonde érigne, je fixai la plaque vers l'extrémité de la sonde, j'enlevai la charpie, je fis rentrer les crochets, et je laissai l'instrument à demeure en guise de sonde. Deux jours après, craignant que l'urine ne repassât par les trous destinés aux crochets, j'y substituai une sonde ordinaire. En examinant la sonde à l'endroit qui correspondait à la fistule, je vis avec une grande satisfaction qu'il n'existait pas la moindre tache, tandis que tout ce qui était resté, comme la première fois, était d'un brun noirâtre; j'en augurai que la fistule était complétement fermée. Le 17, quelques aliments légers, plusieurs lavements. Le soir, la malade éprouva des coliques accompagnées de besoins pressants; elle retira la sonde, et après beaucoup de temps et d'efforts, rendit une selle dure et copieuse, sans qu'il passât une seule goutte d'urine par le vagin. Malgré une aussi rude épreuve, elle resta longtemps debout et immobile, dans la crainte de voir s'évanouir toutes ses espérances. Cependant elle regagna son lit, où elle tomba évanouie, suivant ses expressions, de joie plutôt que de faiblesse. Bientôt après, elle se leva, s'assit, marcha, sans que rien s'échappât par la fistule. Le soir, je trouvai la malade dans une situation morale dont on aurait peine à se faire une idée; c'était un état qui tenait du délire et de la folie. Cependant il n'y avait que cinq jours que la sonde érigne avait été appliquée; la distension de la vessie ou l'impulsion des urines pouvait amener la déchirure de la cicatrice : je replaçai la sonde dans la vessie. Le lendemain, et les jours suivants, je la retirai; mais je fis sonder la malade toutes les quatre ou cinq heures. Depuis le 22 la malade urina sans sonde, et elle remarqua que le jet, plus rapide et plus long qu'avant la maladie, était lancé presque horizontalement. Le 25, pour mieux constater sa guérison, madame ***, après avoir commencé à rendre ses urines, en suspendit plusieurs fois le jet pendant quelque temps sans que jamais rien s'échappât par la fistule. Après un tel essai, je devais croire la guérison à l'abri de tout événement!... mais je n'avais pas tout prévu. Le 28, je trouvai la malade au désespoir. Il était passé de l'urine par le vagin, probablement à la suite de quelque autre épreuve dont je ne pus cependant obtenir l'aveu, ni d'elle, ni de son mari. Dans la journée, il s'écoula encore quelques gouttes d'urine.

» Le 29, j'explorai la fistule avec un filet très-mince, courbé à angle très-droit; mais je ne pus le faire pénétrer jusque dans la vessie. Je pris l'empreinte des parties avec la cire à mouler, et je ne remarquai à l'endroit qui correspondait à la fistule qu'une saillie presque imperceptible, de l'épaisseur d'une carte à jouer,

et de deux lignes au plus de longueur. Je pensai, d'après ces indices et le peu d'urine qui s'échappait, que la déchirure de la cicatrice devait être fort bornée. Cependant je crus devoir pratiquer une nouvelle cautérisation : mais comme l'ouverture était très-étroite et difficile à rencontrer, je me servis cette fois du spéculum utéri, et je fixai un cône très-effilé de nitrate d'argent à l'extrémité d'un stylet recourbé, au moyen duquel je le portai dans la fistule. La douleur produite par cette cautérisation fut très-légère.

» Immédiatement après, l'incontinence d'urine cessa, et comme elle ne reparut pas après la chute des escarres, je dispensai la malade de garder une sonde dans la vessie. Elle resta encore environ un mois à Montpellier, pour un ongle entré dans les chairs, ne prit aucune précaution, et partit sans avoir rien observé de nouveau. Quelques jours après, je reçus de madame *** une lettre dans laquelle elle m'apprit qu'à la fin de son voyage elle avait senti, en arrivant, quelques gouttes d'urine passer par le vagin. Je lui recommandai de garder le lit et de laisser une sonde dans la vessie pendant quelques jours. Peu de temps après, elle m'écrivit que l'urine ne s'échappait par le vagin que pendant son émission naturelle par le canal, que cela n'était pas même certain, et qu'en supposant qu'elle ne s'était pas trompée, c'était si peu de chose, qu'elle se regardait comme guérie, et ne ferait rien si son état n'empirait pas. Je ne voulus pourtant pas publier cette observation sans avoir de nouveaux renseignements, voici ceux que je viens de recevoir : « Depuis deux mois, madame *** est absolument dans le même état qu'avant son accouchement. Pendant quinze jours, elle a mis tous les matins du papier de soie à l'ouverture de la vulve, et chaque fois qu'elle l'a examiné, il était sec ou seulement imbibé de quelques mucosités qui ne pénétraient pas jusqu'au linge dont elle se garnissait. Depuis lors, elle ne s'est aperçu de rien, malgré des fatigues corporelles peu ordinaires pour une femme, et des peines morales très-vives. »

Voici comment s'explique M. Vidal sur le compte de la même méthode ;

« Maintenant où sont les succès ? Cette question est des plus délicate. M. Lallemand et ses élèves en ont publié qui ont été niés par d'autres chirurgiens. J'ai la bonne foi et les lumières de M. Lallemand pour l'affirmative, et, pour la négative, les lumières et la bonne foi de M. Serre, professeur de la Faculté à laquelle M. Lallemand appartient aussi. Selon M. Serre, aucune des opérations pratiquées en public par M. Lallemand n'aurait été suivie de succès. M. Serre ne pouvant pénétrer dans la pratique particulière de son collègue, s'abstient de prononcer sur les faits venant de cette source.

» Comme les résultats obtenus par les praticiens qui ont employé la méthode de M. Lallemand concordent avec ceux que ce professeur a obtenus quand il a opéré publiquement, il sort de ce rapprochement une preuve dont les antagonistes des érignes profiteront. Mais, comme cette question a fait naître une polémique que je ne voudrais pas rallumer, je ne pousserai pas plus loin la critique de ce procédé. Cependant je suis obligé de dire que ce que je sais de lui (je ne sais pas tout) ne m'obligera pas de modifier l'opinion que j'ai émise en commençant cet article. » (Vidal de Cassis, *Traité de pathologie externe*, tome v, page 575.)

H. *Procédé de M. Laugier. Érigne introduite par le vagin.* Ce chirurgien a voulu appliquer la méthode de M. Lallemand à toutes les espèces de fistules ; il a donc adopté une pince érigne qui s'articule comme un forceps de Smellie ; sa forme est déterminée par l'espèce de fistule. Pour la fistule transversale, les griffes de l'instrument sont coudées sur l'une de ses faces, l'une à droite, l'autre à gauche ; elles sont dirigées directement en haut pour les fistules longitudinales ; les deux crochets de chaque griffe seront parallèles à l'axe du corps, et l'extrémité qui les supporte sera coudée sur le bord. Enfin, on infléchirait la pince obliquement, si la fistule elle-même avait une direction intermédiaire. Les crochets de cette pince doivent être très-courts, dit M. Laugier, afin qu'ils puissent ne traverser que la cloison vésico-vaginale. On les introduit directement dans le vagin, et non par la vessie, comme le fait M. Lalle-

mand. Ceux de l'une des branches sont portés à quelques lignes en dehors de la fistule préalablement rafraîchie; ceux de l'autre s'appliquent de la même manière sur le côté opposé ; on les rapproche après, en fermant le forceps. Afin de graduer ce rapprochement, augmenter, diminuer à volonté, une vis traverse les deux manches de la pince, d'après le mécanisme de l'entérotome de Dupuytren.

I. *Procédé de Dupuytren. Sonde à onglets.* Le chirurgien de l'Hôtel-Dieu mettait en usage une grosse sonde de femme, présentant sur ses côtés deux opercules ou onglets qui s'ouvrent comme deux ailes, ou se ferment en entier, selon qu'on retire en dehors ou qu'on pousse du côté de la vessie une tige centrale, en forme de ressort. L'instrument est introduit fermé dans la vessie. On écarte les opercules, ils sont fixés, on tire alors à soi, comme s'il s'agissait d'enlever le tout. En l'empêchant de s'engager dans l'urètre, ces onglets font que la canule ramène avec elle la lèvre postérieure de la fistule en avant, pendant que de la charpie ou du linge, placé entre le méat urinaire et la plaque externe de la canule, lui permet de refouler l'urètre en arrière. L'instrument de Dupuytren n'a pas l'inconvénient de perforer ni de déchirer la cloison vésico-vaginale. Il est moins compliqué que le précédent, mais peut-il réellement agir sur la lèvre postérieure de manière à l'amener en avant pour l'affronter exactement à la lèvre antérieure, nous en doutons; et si nous en jugeons par les résultats obtenus par Dupuytren, nous n'accorderons pas à ce moyen des avantages bien grands.

J. *Procédé de M. Gerdy. Suture tendant à affronter de larges surfaces.* M. Gerdy ayant remarqué que les érignes de M. Lallemand, qui réunissent les lèvres de la solution de continuité, mettaient en contact des surfaces trop étroites et trop facilement séparées par les infiltrations urinaires, imagina de disséquer dans le vagin la muqueuse de ce conduit, de chaque côté de l'ouverture fistuleuse ; puis de rapprocher, en les faisant saillir du côté de ce canal, les deux lèvres ainsi formées; une suture enchevillée maintient le contact. Dans cette opération, il y a adossement des deux portions de muqueuse vaginale disséquées, et leur réunion forcée par une suture amène nécessairement aussi l'adossement des lèvres opposées de la muqueuse vésicale ; ainsi, à la place des bords étroits de l'orifice fistuleux se trouvent de larges surfaces en contact immédiat. L'emploi de ce nouveau procédé, bien qu'entravé, dans le cas où il a été employé, par une hémorrhagie assez abondante et par des efforts continuels d'expulsion, a cependant amené une réunion presque complète, et là où il existait une ouverture de plus de quelques lignes de largeur, on ne voit plus que deux pertuis imperceptibles, laissant encore passer de l'urine, mais dont la guérison sera sans doute facilement obtenue. Ce procédé est-il appelé à remplacer les autres? On peut l'espérer. (*Revue scientifique et industrielle*, juin 1841.) Telle est la question que s'adresse le journaliste. Je répondrai qu'il aura le sort commun ; il a réussi à demi, comme la plupart des autres. Seulement M. Gerdy, avec un peu de bonne volonté, aurait pu le donner comme un succès complet; il faut louer M. Gerdy de manquer de cette bonne volonté. (Vidal, tome v, page 578.)

K. *Procédé de M. Leroy d'Étioles. Soulèvement, du côté de la vessie, de la cloison vésico-vaginale; affrontement de larges surfaces.* Ce chirurgien, comme beaucoup d'autres, attribue les insuccès des opérations au contact de l'urine sur la solution de continuité avivée, et au peu d'étendue des surfaces avivées. On voit que M. Leroy est ici d'accord avec M. Gerdy, dont nous venons de décrire le procédé. Mais laissons parler le premier de ces chirurgiens :

« Examinons, dit M. Leroy, par quels moyens l'art peut surmonter les difficultés déjà indiquées. Détourner l'urine pour l'empêcher de baigner les fistules, telle est la première idée qui se présente à l'esprit; mais ici point de possibilité de prendre le liquide au-dessus de la perforation, comme on peut le faire pour les fistules urétrales; il faudrait, pour cela, faire le cathétérisme des uretères, impraticable jusqu'à ce jour. Nous en sommes donc réduits à épuiser l'urine dans la vessie au moyen d'une sonde, à mesure

qu'elle arrive. Comme dans le décubitus sur le dos la fistule occupe la partie la plus déclive du réservoir, et que l'urine a plus de tendance à suinter par cette ouverture qu'à s'engager dans les yeux de la sonde, on a imaginé de faire coucher le malade sur le ventre; malheureusement cette posture, contraire aux intentions de la nature, n'a pu être longtemps supportée, des eschares se sont formées aux genoux, aux crètes iliaques, et il a fallu y renoncer. La seule ressource qui nous reste pour diminuer le passage de l'urine et son influence délétère, c'est de soulever la cloison et de maintenir la fistule élevée au-dessus du col et des parties latérales de la vessie, pour que l'urine ait plus de propension à se porter vers ces points, où les yeux de la sonde sont disposés pour la recevoir, qu'à filtrer par la perforation. Voilà pour l'une des causes d'insuccès; quant à l'autre, c'est-à-dire le peu d'épaisseur de la cloison vésico-vaginale, un moyen rationnel d'y remédier, c'est d'étendre les points de contact en accolant non pas seulement les bords amincis de la fistule, comme le font la sonde érigne de M. Lallemand et la sonde simple; mais les parois vaginales avivées au pourtour de l'ouverture. Cet effet, on l'obtient encore par le soulèvement de la cloison vésico-vaginale, en sorte que par ce procédé l'on peut obvier tout à la fois aux deux causes les plus puissantes d'insuccès. Quant aux moyens de produire ce soulèvement de la cloison et cet accolement par de larges surfaces, ils sont variables.

» Le soulèvement et l'accolement peuvent être produits par des instruments métalliques. Parmi les nombreux systèmes d'érigne, il y en a un petit nombre avec lesquels on pourrait obtenir cet effet: l'érigne, par exemple, que j'ai fait construire, me paraît devoir mieux qu'aucune autre le produire. Elle est formée de deux pièces glissant à coulisse l'une sur l'autre comme les lithotribes. Mais il ne faut pas oublier que les crochets des érignes ont un grave inconvénient, celui de déchirer les tissus, surtout quand la traction est un peu forte; et ici elle doit l'être pour opérer tout à la fois le rapprochement et le soulèvement. J'ai donc imaginé un autre procédé que voici: la surface vaginale ayant été dénudée de sa muqueuse dans une étendue d'un centimètre au moins au pourtour de la fistule, on introduit dans le vagin un pessaire en ivoire, portant une tige métallique courbée en demi-cercle; on met le centre de cette tige métallique en rapport avec la perforation, puis on fixe le pessaire par un tamponnement méthodique. (J'ai indiqué comme préférable la charpie enduite de caoutchouc en pâte, ou le caoutchouc pur.) Par ce moyen la cloison est soulevée, les portions avivées du vagin en avant et en arrière de la fistule s'accolent et adhèrent au-dessous du cylindre métallique, lequel se trouve emprisonné dans l'anse. Pour le dégager sans rompre les adhérences, on enlève la substance qui avait été employée à tamponner; le pessaire est détaché de l'anse métallique, et cette anse elle-même étant saisie par son extrémité avec des pinces, est dégagée par un mouvement de circumduction qui ramène vers la paroi postérieure du vagin la convexité du demi-cercle qui précédemment était en rapport avec la fistule.

» La forme et la substance des pessaires qui supportent la tige courbe élévatrice n'ont rien d'absolu; l'ivoire, le platine, l'argent, peuvent être employés. Quant à la tige, il faut qu'elle soit tout à la fois ferme et inaltérable. Le platine qui réunit ces deux conditions, est préférable; à son défaut, l'on peut faire usage d'argent.» (*Gazette des hôpitaux*, tome IV, 2e série, n° 9. Là sont représentés les divers instruments imaginés par M. Leroy, pour le traitement de la fistule vésico-vaginale.)

L. *Vésicoplastie. Procédé de M. Jobert.* 1° M. Jobert pratique l'avivement avec l'instrument tranchant. On conçoit que cette manière doit avoir un grand avantage pour l'opération dont il s'agit: c'est une réunion par première intention, et, par conséquent, entre des surfaces sanglantes que l'on se propose d'obtenir.

2° Le lambeau est taillé aux dépens des grandes lèvres ou de la fesse, ou de ces deux parties à la fois; son volume et sa longueur doivent être proportionnés à la grandeur de la fistule: mieux vaut toutefois un excès de largeur et d'épaisseur que l'excès contraire. Toutefois, trop volumineux, trop gros, il gênerait l'opérateur,

et le forcerait à en retrancher une partie. La forme du lambeau sera en général ovalaire, il comprendra dans son épaisseur, non-seulement la peau, mais encore plusieurs couches superposées, y compris le tissu adipeux. Ces couches soutiennent la peau, conduisent les vaisseaux, et préviennent la gangrène. Le pédicule doit avoir des dimensions plus grandes que celles du lambeau lui-même ; il doit avoir une longueur assez considérable, parce qu'il se rétracte pendant la suppuration. Il vaut mieux, chez les femmes qui ont beaucoup d'embonpoint, tailler ce lambeau aux dépens des grandes lèvres que de la fesse; car le tissu graisseux passe plus facilement à la suppuration qu'à l'inflammation adhésive. Voici comment on taille le lambeau : les parties sont rasées, le chirurgien fait tendre ou tend lui-même la grande lèvre, il pratique avec le bistouri, sur le côté externe de cette grande lèvre, une incision de haut en bas, pendant laquelle il soutient toujours les téguments; et quand cette première incision est assez longue, il lui fait décrire un demi-cercle pour la conduire de bas en haut sur le côté externe de la grande lèvre, jusqu'à ce qu'il soit arrivé au niveau du point de départ de la première incision. L'ensemble, en forme d'arcade renversée, circonscrit un lambeau à sommet arrondi. On comprend qu'on pourrait l'obtenir par deux incisions parallèles conduites de haut en bas, et dont les extrémités inferieures seraient réunies par une incision transversale curviligne. La dissection de ce lambeau doit être faite du sommet vers le pédicule, de dehors en dedans ; elle comprend plusieurs couches de tissus et devra pénétrer plutôt trop profondément que de se rapprocher de la peau. Le lambeau taillé et disséqué, et plié sur lui-même, doit être porté dans toute la fistule.

3° Pour cela, le sommet du lambeau est traversé par un fil ciré assez large et long; une sonde est introduite par l'urèthre dans la vessie; on en ramène l'extrémité dans le vagin par la fistule, pour engager les deux fils dans les yeux de cette sonde ; en la retirant, on ramène ces deux fils au dehors par l'urèthre. Le lambeau est alors poussé d'une main dans le vagin, tandis que de l'autre on tire doucement sur le fil jusqu'à ce que le lambeau soit en contact avec la fistule. Le fil est alors confié à un aide, et le chirurgien procède à la suture du lambeau et des lèvres de la fistule. Pour y parvenir, le doigt indicateur étant introduit le long du lambeau, une aiguille emmanchée sur une pince à staphyloraphie, est portée vers l'un des angles de la fistule ; la pointe de l'aiguille est alors enfoncée d'un seul coup au travers du lambeau et des lèvres de la fistule. L'aiguille est saisie avec des pinces à pansement, et ramenée au dehors, entraînant à sa suite le fil dont elle est armée. On en fait autant pour l'angle opposé de la fistule. Les fils sont noués à l'aide d'une pince, d'une sonde de femme, ou de tout autre instrument analogue. Le nœud doit être assez serré; les fils sont maintenus pendants au dehors de la vulve. On pourrait se servir d'un serre-nœud : le fil qui sort par l'urèthre doit être fixé sur une des cuisses de la malade, à l'aide d'un emplâtre agglutinatif.

4° Une large sonde est introduite dans l'urèthre pour donner issue à l'urine, elle est tenue constamment ouverte et disposée de telle sorte, que l'urine qui s'échappe de son orifice ne tombe pas sur la plaie du lambeau. Cette sonde doit être introduite avec précaution, parce que le lambeau qui bouche la fistule, faisant saillie dans la vessie, pourrait être heurté par elle, ce qu'il faut éviter. On fixe la sonde à l'aide d'un bandage de corps La malade sera placée dans la position horizontale et dans l'immobilité, pour prévenir le dérangement de la sonde et l'irritation qu'elle pourrait produire. Les phénomènes qui se passent après cette opération sont des phénomènes inflammatoires qui, s'emparant du lambeau et des bords de la fistule, les ramollissent, de telle sorte qu'ils sont bientôt coupés, et les fils tombent. Cette chute a lieu, dit M. Jobert, du dixième au quatorzième jour, quelquefois plus tard Lorsque les choses se sont passées heureusement, le pédicule du lambeau ne doit être coupé que le plus tard possible, du trentième au quarantième jour, par exemple, et encore faut-il avoir égard à la vitalité du sujet. C'est pour l'avoir coupé prématurément (vers le quatorzième ou quinzième jour) que plusieurs

fois il a été frappé de mort. Cette circonstance est expliquée par la vitalité peu considérable des parties sur lesquelles on a implanté cette greffe. La section du pédicule est suivie d'un écoulement de sang plus ou moins considérable, et d'un retrait dans les parties divisées, l'un vers le vagin, l'autre vers le point où le lambeau était implanté. M. Jobert a vu le lambeau être pris après la séparation du pédicule, de phénomènes inflammatoires, qu'il attribue au contact de l'urine, et qui s'accompagnent d'une turgescence qu'on voit se dissiper avec l'inflammation; il a remarqué qu'après la séparation du pédicule, il était, quoique vivant, privé de sensibilité. La peau conserve en totalité sa structure. La plaie extérieure, produite par l'excision du lambeau, doit être convenablement rapprochée : tel est le procédé imaginé et exécuté par M. Jobert. (Michon, *Thèse citée.*)

Voici une observation publiée par M. Jobert dans la *Gazette médicale* (1836); elle servira à mieux faire connaître son procédé :

« La nommée Eugénie Esc fut opérée une première fois à l'hôpital Saint-Louis, par mon procédé elytroplastique. Cette tentative ne fut pas couronnée de succès, parce que, cédant à l'impatience de la malade, je coupai le pédicule trop tôt, le quatorzième jour de l'opération; il en résulta la gangrène de tout le lambeau et le rétablissement de la fistule. Cette femme ne se découragea pas : elle rentra à l'hôpital le 4 février 1835, pour y subir la même opération. Après avoir préparé cette malade par des bains, des boissons délayantes et de doux laxatifs, je l'opérai; mais le lambeau ne fut pas seulement, comme la première fois, taillé aux dépens des parties génitales, je le taillai diagonalement, de dedans en dehors, de la partie inférieure des grandes lèvres jusque sur la fesse, aux dépens de laquelle il fut fait en grande partie. Le lendemain de l'opération, la malade était bien, et les urines coulaient par la sonde. Elle fut calme jusqu'au troisième jour, époque à laquelle elle fut prise d'une violente toux, qui céda à un traitement approprié. Le 20 avril, après de vives émotions, elle eut des envies de vomir, des vomissements, du dévoiement, enfin, elle présenta un appareil de symptômes qui étaient faits pour alarmer sur son état, d'autant plus que la plupart des malades de la salle Saint-Augustin étaient en proie à des accidents semblables. Le 3 avril, au matin, la face était profondément altérée, la diarrhée continuait, il y avait de la fréquence et de la petitesse du pouls. L'eau de Seltz et des lavements laudanisés firent cesser les vomissements et les coliques. Le 5, la malade était bien; il sortit par la sonde une certaine quantité de sang mêlé à de l'urine. Le 11e jour, le fil qui était passé dans le sommet du lambeau tomba. Depuis ce moment jusqu'au 2 mai, c'est-à-dire trente-six jours après l'opération, la malade a été dans un état satisfaisant, si bien que le pédicule a été coupé le 3 mai. Au moment de la section, il s'est écoulé une assez grande quantité de sang artériel, et le pédicule s'est rétracté dans la vulve, presque derrière le méat urinaire. L'écoulement des urines donna lieu à des cuissons, et bientôt on aperçut le lambeau qui s'avançait peu à peu au niveau du méat urinaire, pas tout à fait en avant de celui-ci. Ce phénomène était évidemment dû à l'inflammation qui s'en était emparée, à son gonflement et à l'infiltration de la lymphe dans son épaisseur, par suite du contact d'un liquide irritant, de l'urine. La surface du lambeau suppura, puis pâlit, et se rétracta à mesure que la suppuration se tarissait. Les poils qui s'étaient développés sur ce lambeau, de gris qu'ils étaient, devinrent noirs. Ces changements remarquables cadraient parfaitement avec l'état général, qui était devenu bon, ainsi que l'enbonpoint, qui avait succédé à une extrême maigreur. Le 8 mai, la sonde fut supprimée. La malade sentait le besoin d'uriner comme avant la fistule, et cependant elle avait la conscience de l'écoulement d'une petite quantité d'urine par le vagin; ce que je reconnus, en effet, avec une sonde introduite dans la vessie. Une certaine quantité d'urine coulait par un angle de la fistule qui n'avait pas été ravivé, et où le lambeau n'avait pas adhéré.

» Je pus, à l'aide d'un mandrin creux chargé d'un morceau de nitrate d'argent maintenu dans son intérieur par un coulant, cautériser la petite ouverture fistu-

leuse, en portant ce mandrin dans la vessie au moyen d'une sonde de femme dont l'extrémité était ouverte de manière à laisser passer le mandrin; lorsque le doigt, introduit dans le vagin, reconnut que la sonde, portée par l'urèthre, était parvenue sur l'ouverture vésicale de la fistule. Je renouvelai cette cautérisation plusieurs fois, à huit jours d'intervalle, sans que la malade éprouvât aucune espèce d'accident. Loin de voir qu'il y eût la moindre amélioration par le nitrate d'argent, je m'aperçus avec regret que les urines s'écoulaient avec un peu plus de facilité qu'avant la cautérisation. Cependant la pierre infernale avait au moins servi à raviver les bords de cette petite fistule, et permettait de mettre ces lèvres en contact : c'est ce que je fis à l'aide d'un fil dont les deux extrémités traversaient, l'une, l'angle du lambeau, et l'autre la lèvre opposée, de manière qu'il existait dans la vessie une anse de fil, dont les deux extrémités sortaient par la vulve; je les passai dans le serre-nœud de Desault, et les fixai aux deux anneaux, de telle sorte que l'extrémité du serre-nœud fut poussée dans l'intérieur du vagin jusqu'aux lèvres de la plaie, assez pour les mettre en contact. Ce serre-nœud fut maintenu en place; huit jours après, je retirai mes fils et mon serre-nœud. Tout cela se fit facilement; je tirai sur une extrémité du fil, qui entraîna l'autre dans la vessie, et la fit sortir ensuite par le vagin. Il ne s'écoula plus d'urine par le vagin, et aujourd'hui, deux mois après l'opération, cette femme, que je n'ai pas perdue de vue, ne présente plus de traces de son infirmité. » (*Gazette médicale*, 1836.)

Une commission de l'Académie de médecine a examiné cette malade, quatre mois après sa sortie de l'hôpital Saint-Louis. Cet examen a démontré que la malade rendait toutes ses urines par l'urèthre; on a constaté qu'elle éprouvait le besoin d'uriner; de plus elle y satisfaisait à volonté et à des heures ordinaires.

Le doigt introduit dans le vagin, sentait, sur la paroi antérieure de ce conduit, un tampon de la grosseur d'une pomme d'api, dont la circonférence adhérait aux parties voisines; sur lui étaient implantés des poils de la couleur de ceux du pubis de cette femme.

Dans une seconde visite, un membre de la commission retira, par l'introduction d'une sonde, deux onces deux gros d'urine. Mais remarquez bien cette circonstance : la sonde éprouva quelques difficultés à passer, ce que l'on attribua à la saillie du lambeau. D'autres ont trouvé là une preuve de l'existence de la fistule à l'urèthre et non au bas-fond de la vessie. L'urine était belle et sans mucosités; enfin, on injecta une décoction de bois de campêche dans la vessie; tout retourna par l'urèthre, rien par le vagin.

Le travail de M. Jobert contient encore une observation qui indiquerait une seconde guérison. Elle contient le fait d'une hémorrhagie abondante fournie par trois artérioles, après la section du bourrelet formé par la base du lambeau. Voici à ce sujet les réflexions de M. Michon :

« L'époque à laquelle cette observation a été écrite ne me permet pas de la donner comme une cure radicale assurée, car cette observation, rédigée par M. Dubois, interne, est ainsi terminée :

» Aussi l'opérée, après les soins assidus et minutieux dont nous l'avons entourée, se trouve-t-elle à une époque de traitement assez avancée pour qu'on puisse regarder la guérison comme positive et durable. »

La mort a été quelquefois la suite de la vésicoplastie. M. Jobert en rapporte un exemple. Des lambeaux ont été gangrenés en totalité ou en partie, et les malades se sont trouvés dans des conditions pires qu'avant l'opération. Quelques-uns de ces accidents ont, à la vérité, été attribués à des imperfections ou à des vices dans l'exécution.

« Mais, dit M. Michon, il est douteux que cette méthode, qui a été proposée par son auteur comme étant d'une exécution plus simple, surtout plus inoffensive, et conduisant à un résultat plus sûr, à une cure radicale, atteigne jamais ce degré de certitude et de perfection si désirable : elle aura toujours contre elle les chances des opérations autoplastiques auxquelles il faut joindre, comme rendant plus difficile la réunion, la différence de vitalité qui existe entre la cloison vésico-vaginale et le tissu sous-cutané. Enfin, un de ses plus

grands désavantages est de mettre en contact avec l'urine la surface sanglante du lambeau, circonstance qui l'expose à la gangrène, et s'oppose surtout à une réunion convenable. » (*Thèse citée*, p. 171 et suiv.)

M. *Procédés de M. Velpeau.* M. Velpeau a pratiqué l'élytroplastie en deux temps. Dans le premier, a été formé le lambeau, on l'a laissé se cicatriser isolément; l'avivement a été opéré dans le second temps, à la surface du lambeau et sur le contour de la fistule par l'application d'un pinceau imbibé d'ammoniaque. C'est avec des boulettes de charpie, introduites dans le vagin, qu'on a cherché à maintenir cette espèce de greffe par juxtaposition. C'est ce qui a tenu lieu de suture. Pour dériver les urines on a introduit dans la vessie une sonde d'un très-gros calibre, de gomme élastique, et on l'a maintenue par un bandage en T. L'opération n'a pas réussi.

M. Velpeau avait auparavant pratiqué une opération d'élytroplastie par soulèvement d'une arcade tégumentaire. Voici comment il décrit cette opération :

« Ayant rencontré plusieurs femmes qui avaient inutilement subi l'élytroplastie par le procédé du bouchon, je pris le parti d'essayer chez elles une autre variété de l'anaplastie. Saisissant avec une érigne à double crochet la paroi postérieure du vagin, vis-à-vis de la fistule, et tirant vers la vulve cette partie, que l'indicateur introduit dans le rectum, pousse et soulève en avant, je donne l'érigne à un aide pour avoir la main droite libre. Un bistouri droit, tenu comme une plume, me sert ensuite à inciser en travers la paroi vaginale dans l'étendue d'un pouce ou d'un pouce et demi au-dessus, puis au-dessous du point soulevé par l'érigne, en ayant soin de ne pas pénétrer jusqu'à l'intérieur du rectum. Les limites de l'arcade à construire étant ainsi établies, je glisse la pointe du bistouri à plat, de l'incision inférieure vers l'incision supérieure dans l'épaisseur de la cloison, de manière à détacher le milieu de cette plaque du vagin, à droite et à gauche, dans l'étendue d'environ un pouce, sans ouvrir le rectum et sans en détacher les deux extrémités. La fistule, préalablement avivée, est aussitôt traitée par la suture : chaque fil, armé de son aiguille courbe, est d'abord passé d'avant en arrière, ou de bas en haut, au-dessous du pont vaginal, puis de la vessie dans le vagin, à travers la lèvre postérieure de la fistule, et ramené ensuite sous le pont, puis au dehors. Un second temps de l'opération consiste à traverser d'arrière en avant, et de la vessie dans le vagin, la lèvre antérieure du trou avec l'autre extrémité de chaque fil également armé d'aiguille. Cherchant à nouer ces fils en dernier lieu, on force l'arcade décollée à remonter dans la fistule, à se placer dans la vessie en même temps que les lèvres de l'ouverture pathologique viennent se mettre en contact au-dessous : le lambeau emprunté ainsi au vagin proémine dans la vessie et se trouve réellement à cheval sur la suture. Ce procédé, qui me semblait offrir quelques chances de succès, n'en a pas moins échoué chez la seule malade que j'y ai soumise ; mais il faut dire que la fistule avait plus d'un pouce de diamètre, que toutes les parties du vagin étaient depuis longtemps dénaturées par des tentatives d'opérations de toute nature. Mon intention, en supposant que l'agglutination se fût faite, était de couper, au bout de dix ou quinze jours, d'abord une des extrémités, et un peu plus tard l'autre extrémité du lambeau, puis de laisser cicatriser insensiblement la plaie. » (Velpeau, *Méd. opér.*, tome I, page 704.)

M. Velpeau a tenté l'adhérence du contour de la fistule avec la paroi postérieure du vagin. Il cautérise énergiquement ces parties, et les amène ensuite au point de contact, en soulevant fortement la cloison recto-vaginale, et en la maintenant relevée au moyen de tampons ou de corps dilatants introduits dans le rectum : on pourrait plus tard rétablir la continuité du vagin en laissant sur la fistule un opercule de tissu qu'on y aurait ainsi collé. On trouvera l'idée première de cette opération dans une observation de M. Vidal que nous citerons plus tard. Peut-être ne pourrait-on pas maintenir en contact la cloison recto-vaginale, par une compression exercée à travers le rectum, avec la cloison vésico-vaginale, laquelle n'offre pas de point d'appui ; le rectum d'ailleurs ne supporterait pas le tamponnement

aussi longtemps qu'il serait nécessaire pour l'adhésion des deux surfaces.

N. *Procédé de M. Leroy d'Étioles*. Dans l'article cité de la *Gazette des Hôpitaux*, quant à cette question des sections, M. Leroy dit :

« A ces deux procédés d'autoplastie, j'ai proposé d'en substituer un qui a peut-être des inconvénients, mais qui du moins est exempt de ceux que je viens de signaler. Ce procédé, le voici : une incision est faite au périnée, au-dessous de la fourchette ; on la prolonge dans l'espace celluleux intermédiaire au rectum et au vagin, jusqu'à l'endroit où les parois des deux conduits s'accollent intimement pour former la cloison. Deux incisions longitudinales, pratiquées sur la paroi postérieure du vagin, viennent tomber perpendiculairement sur la première ; la ligne ponctuée indique le trajet des incisions, il en résulte un lambeau qui, au moyen des fils passés dans les lèvres de la fistule, se relève, se retourne, et vient s'appliquer par sa surface saignante contre la cloison vésico-vaginale préalablement avivée.

» La traction des fils ayant lieu dans une direction perpendiculaire à celle de la cloison, et non parallèlement à cette direction, comme les ligatures ordinaires, elle n'expose pas à la déchirure des bords. Pour surcroît de précaution, l'on peut faire usage des fils de caoutchouc. Ce lambeau, en forme de parallélogramme, comprenant toute l'épaisseur de la paroi du vagin, adhérent par une large base au milieu même de ce conduit, par conséquent court et épais, se trouve par tous ces motifs dans de meilleures conditions de vitalité que le lambeau long, mince, pédiculé, du procédé de M. Jobert. Quant à l'exécution, elle est facile, puisque la dissection du lambeau s'arrête là où l'union des parois du vagin et du rectum la rend difficile, précisément là où commence celle de M. Velpeau.

» Lorsqu'un temps assez long se sera écoulé après l'opération, pour faire supposer que les adhérences du lambeau à la paroi antérieure du vagin sont assez solides, on coupera le pédicule ou la base du lambeau, et la cavité du conduit vaginal se trouvera rétablie. » (*Gazette des Hôpitaux*, 13 septembre 1842.)

O. Méthode indirecte. *Procédé de M. Vidal*. En 1834, M. Vidal (de Cassis) proposa et exécuta une opération nouvelle pour guérir les fistules vésico-vaginales ; au lieu d'allers vers la fistule pour l'oblitérer, M. Vidal laissa la solution de continuité anormale pour aller oblitérer l'ouverture naturelle du vagin. M. Vidal appela cette méthode, *méthode indirecte*.

M. Bouisson, de Marseille, soutint, en 1837, une thèse qui représente les principes de M. Vidal. M. Jeanselme les développa dans l'article déjà cité de l'*Expérience*. Selon M. Bouisson, M. Vidal applique sa méthode : 1° aux pertes de substance qui comprennent la plus grande partie de la cloison vésico-vaginale ; 2° aux perforations qui ont résisté aux sutures, aux instruments inciseurs, aux cautérisations, etc. ; 3° lorsque les fistules sont très-reculées et qu'elles n'ont pas d'autres limites postérieures que l'utérus. M. Vidal, d'après M. Bouisson, est tellement convaincu de l'impuissance des autres procédés dans ce cas, qu'il propose, pour élargir le cadre d'application de ses idées, d'agrandir méthodiquement les fistules qui donnent déjà lieu à un écoulement sans intermittence, en ayant soin toutefois d'épargner le col de la vessie. (Thèse de Paris, 1837.) M. Jeanselme a, dans la dernière édition de son mémoire, intitulé : *Examen critique des guérisons de fistules vésico-vaginales*, placé la question sous un autre point de vue. « On serait, dit-il, dans une erreur bien grande, si on pensait que M. Vidal a eu l'intention de conseiller l'obturation de la vulve dans tous les cas de fistule du bas-fond de la vessie ; ce chirurgien ne propose cette ressource que pour les grands délabrements de la cloison vésico-vaginale, que pour les cas dans lesquels les autres moyens chirurgicaux ont fait défaut. » Ces deux publications bien connues, la thèse de M. Michon qui les a reproduites, n'ont pas empêché M. Leroy de croire que M. Vidal proposait sa méthode comme méthode générale. (Voy. *Gazette des Hôpitaux*, septembre 1842.)

Voici d'ailleurs les principes de la méthode indirecte et leurs développements tels qu'ils ont été présentés par l'auteur

lui-même, dans le cinquième volume de sa *Pathologie externe* :

« Tous les chirurgiens, dit M. Vidal, accusent l'action délétère de l'urine, qui vient compromettre les résultats des opérations les plus méthodiques; ce serait cette humeur qui, baignant continuellement la plaie, l'empêcherait de concevoir l'inflammation adhésive, sans laquelle il n'y a point de cicatrice possible. Il faut voir les efforts des chirurgiens pour empêcher l'urine de s'éloigner de la plaie ou la rendre moins délétère; il faut entendre leurs regrets de ne pouvoir placer la plaie qu'ils viennent de produire dans les conditions d'une solution de continuité tout à fait extérieure! Il y a une réponse bien simple que ces mêmes chirurgiens ne font pas, et qui empêcherait d'accuser l'influence délétère de l'urine: ils devraient réfléchir à ce qui se passe à la suite de la taille vésicale. Dans cette méthode, une plaie est faite au corps de la vessie; cette plaie est continuellement baignée par l'urine : d'où vient qu'elle se réunit sous cette influence maligne? C'est parce que la vessie qui vient d'être ouverte est dans des conditions différentes que celle qui est ouverte depuis très-longtemps. En effet, quand nous sommes appelés pour faire une opération de fistule vésico-vaginale, la vessie a cessé depuis longtemps de remplir ses fonctions; ne retenant plus l'urine, elle revient sur elle-même, au point de ne plus constituer un réservoir, une cavité; c'est une simple surface sur laquelle passe l'urine sans s'arrêter. Plus la fistule est large et ancienne, plus la vessie est effacée.

» J'ai déjà mentionné ce fait d'anatomie pathologique, fait qui a été connu par tous les chirurgiens, sans qu'ils aient su en tirer une conséquence pratique. »

On a objecté à M. Vidal que, dans la taille hypogastrique, la vessie, sur le point ouvert, était doublée de tissu cellulaire, ce qui était favorable à la cicatrisation, tandis que les tailles par le bas-fond de la vessie étaient plus souvent suivies de fistule, soit qn'on les pratiquât sur la femme ou sur l'homme, parce que là où portait l'incision, très-peu de tissus doublaient la solution de continuité. M. Vidal avoue que les solutions de continuité du bas-fond ne sont pas *facilement curables*; il reconnaît que le peu d'épaisseur des lèvres de la solution de continuité constitue une des difficultés de la cure; mais elles sont cependant curables, tandis que les fistules étendues sont, selon lui, incurables par les méthodes directes.

Continuons à citer les opinions de M. Vidal d'après le texte : « Voici ce qui arrive après une suture faite à la solution de continuité d'une vessie qui se trouve dans un pareil état : dès que l'urine tend à s'accumuler, elle presse sur toutes les parois de la vessie; partout elle trouve une résistance proportionnée à l'ancienneté de la maladie; mais là où était la solution de continuité, là la résistance est moindre, car elle est formée par un tissu qui se déchire facilement, comme celui de toutes les cicatrices récentes, et la fistule se reproduit Ceci arrive pour la suture comme pour la vésicoplastie. Supposez maintenant que la cicatrice soit assez forte pour résister; comme la vessie ne peut se dilater, elle ne peut contenir qu'une très-petite quantité d'urine, et à chaque instant la malade est obligée d'uriner, ou bien il y a incontinence par regorgement. Ceci n'est pas une hypothèse, c'est un fait observé par nous; voici dans quelles circonstances :

» Une femme, encore jeune, avait une fistule vésico-vaginale qui avait déjà été opérée, sans succès, par plusieurs méthodes et dans divers hôpitaux. L'urine, qui baignait continuellement les grandes et les petites lèvres, fit naître sur ces parties une éruption qui fut considérée comme vénérienne, et on fit recevoir cette femme, en 1832, à l'hôpital du Midi. Je dirigeais alors le service des femmes vénériennes qui sont maintenant à Saint-Lazare. Ayant reconnu la fistule, sa position, son étendue (l'index pouvait la traverser), je voulus la guérir par la suture, et j'avais pris la résolution d'employer un procédé analogue à celui de Malagodi. J'avais réuni quelques confrères, parmi lesquels se trouvait M. Cullerier, et tout était prêt pour l'opération. Mais il nous fallait une chose indispensable pour une opération si difficile : il nous fallait une grande immobilité de la part de la malade; elle nous l'avait pro-

mise, mais elle ne tint pas parole; elle se livra à tant de mouvements qu'il me fut impossible de saisir les bords de la solution de continuité pour les rafraîchir. Voulant cependant ne pas laisser aller la malade sans lui faire quelque chose (ces mots m'obligent à dire que c'est en 1832 que cette opération a été faite; il y a donc neuf ans), je plaçai au bout d'une pince à pansement un crayon de nitrate d'argent qui, avec la pince, formait une croix. J'introduisis cet instrument dans le vagin pour cautériser fortement les lèvres de la solution de continuité; mais en même temps que la paroi antérieure du vagin était en rapport avec un bout de crayon, la paroi opposée était cautérisée par l'autre bout. Une grande partie de ce crayon fut fondue, de sorte que le vagin fut fortement brûlé. Le lendemain survint un gonflement énorme de ce canal, la paroi postérieure fut fortement appliquée contre l'antérieure, et l'ouverture que celle-ci présentait fut ainsi oblitérée. A mon grand étonnement, le lendemain, l'urine coula par l'urèthre. Mais les envies d'uriner étaient très-fréquentes, absolument comme chez les personnes qui ont un gros calcul dans la vessie. Cet état dura près de quinze jours. Je voulus savoir alors ce qui s'était passé du côté du vagin, je plaçai donc la femme comme si j'allais l'opérer, et fis pénétrer un peu l'index dans le vagin; à l'instant je vis sortir une petite quantité de sang, puis de l'urine. Il était certain que j'avais détruit des adhérences qui existaient entre la paroi postérieure et la paroi intérieure du vagin, adhérences qui maintenaient des rapports, pouvant empêcher l'urine de couler. J'avais reproduit la fistule. Cette femme ne voulut plus se soumettre à une nouvelle opération.

» Je fis part de ce fait à la Société médicale d'émulation, et le journal hebdomadaire répéta une partie de ma communication. Je vis tout de suite le parti qu'il y avait à tirer de ce fait; je fis part de mes réflexions à plusieurs chirurgiens, et peu de temps après parurent les méthodes d'autoplastie que je ne revendique pas, mais dont je désire marquer l'origine. MM. Velpeau et Jobert, qui sont les vrais auteurs de l'autoplastie appliquée à l'infirmité dont il est ici question, ne virent, dans le résultat de mon opération, que le fait d'une pièce du vagin appliquée contre une partie du vagin qui était perforée. Quant à moi, ce fait me frappa aussi; mais ce qui me préoccupa le plus, ce fut la circonstance de l'évacuation si fréquente des urines par l'urèthre et l'impossibilité dans laquelle se trouvait la vessie de retenir cette humeur. Je vis alors qu'elle manquait de capacité, et je résolus de l'agrandir aux dépens du vagin. Je pris le parti de faire de la paroi postérieure du vagin le bas-fond de la vessie. Pour cela, il fallait oblitérer le vagin. Voici comment je procédai. » (Vidal, *Traité de pathologie externe*, tome v, p. 582.)

Déjà, dans plusieurs circonstances, en rédigeant cet article, nous avons fait remarquer le fait de l'incontinence d'urine chez les femmes dont la fistule était momentanément oblitérée. Ce fait est de la plus grande importance dans l'histoire des fistules vésico-vaginales et dans la thérapeutique; elle indique que l'opération devra être faite de bonne heure, avant l'effacement de la cavité vésicale, ou si on la pratique tard, on pourrait essayer la méthode de M. Vidal, qui, selon ce chirurgien, est un ajoutage à la vessie. Voici d'ailleurs l'observation qui prouve au moins un commencement de succès, si le succès n'est pas complet.

« Une femme de trente-cinq ans, fortement constituée, portait une fistule du bas-fond de la vessie qui avait déjà résisté à plusieurs procédés. La suture fut d'abord pratiquée sans succès; mais l'écoulement continuel de l'urine par cette fistule, assez grande pour permettre l'introduction de plusieurs doigts, détermina M. Vidal à essayer l'occlusion du vagin. Il aviva avec le bistouri l'orifice du vagin, et y plaça trois points de suture simple à l'aide d'aiguilles qui facilitent cette opération, si pénible lorsqu'il faut embrasser une notable épaisseur des parties molles. Ces aiguilles sont fortes, longues de deux pouces, portées sur un petit manche, et terminées en fer de lance. Le chas, percé sur cette extrémité, est assez grand pour permettre d'y passer aisément une anse de fil ciré. Les deux aiguilles étant gar-

nies de leurs anses de fil, il traverse un des bords de l'orifice vulvaire, jusqu'à ce que ce chas paraisse entre les deux lèvres de la plaie. Il dégage alors avec des pinces l'anse de fil qu'il laisse prendre dans la plaie, après avoir retiré l'aiguille. Il procède de la même manière de l'autre côté, et a ainsi deux anses de fil pendantes entre les deux lèvres. Il passe alors l'une des deux anses dans l'autre, et celle-ci sert de conducteur pour faire traverser la lèvre opposée à l'un des deux fils. Ces aiguilles remplaceraient avantageusement celles qu'on emploie pour la suture du périnée, et dans d'autres cas analogues. La réunion dut être très-avancée, puisque la malade pouvait faire jaillir l'urine par l'urèthre, sans que, pendant près d'un mois, il s'en écoulât une seule goutte par le vagin. Les règles survinrent et furent chassées au dehors par le même canal; mais un jour que les urines avaient de la difficulté à sortir, un élève voulant introduire une algalie dans l'urèthre, il la porta sur la cicatrice, qui fut ainsi déchirée. A l'instant du sang sortit, et les urines s'échappèrent par le vagin. La cicatrice n'était pas assez forte pour soutenir l'action mal dirigée de la sonde, mais elle l'était déjà assez pour contenir les lèvres de la plaie, puisque les fils avaient été retirés. » (Bouisson, *Thèses de la faculté de Paris*, 1837.)

Cette méthode appelait la critique, car elle est basée sur des idées complétement en dehors des idées reçues. C'est M. Michon qui s'est chargé de l'attaquer. Puis est venu un plus puissant antagoniste, M. Blandin. Voici les arguments de M. Michon. Ceux de M. Blandin ont été produits dans des articles de la *Gazette des hôpitaux* qui sont connus des lecteurs.

« Les dernières phrases de l'observation qu'on vient de lire doivent fixer un instant notre attention, dit M. Michon. La sonde, introduite plus ou moins méthodiquement par les lèvres, a-t-elle été la cause unique de la rupture de la cicatrice, ou bien cette rupture s'est-elle opérée sous l'influence d'une perturbation morbide, et la sonde n'en a-t-elle été que l'occasion apparente? J'avoue ma tendance vers cette dernière supposition. L'observation nous démontre tous les jours, dans le traitement des plaies, des accidents de ce genre, et j'ai déjà fait remarquer ailleurs combien était puissant le contact de l'urine pour détruire les effets plastiques d'une réunion commencée. Au reste, quelle que soit l'hypothèse qu'on adopte à cet égard, l'observation reste; et si on ne doit pas la compter pour un insuccès, assurément on ne peut pas la mettre au nombre des cas de réussite. Examinons maintenant la question au fond. Le succès de l'opération est-il désirable? je ne le pense pas Est-il probable qu'on puisse obtenir l'occlusion de la vulve? je ne le pense pas. En admettant le résultat heureux de l'opération de M. Vidal, on ne saurait considérer ce résultat comme une guérison de fistule vésico-vaginale, ce ne serait guère qu'une infirmité substituée à une autre infirmité. Par cette opération, en effet, non-seulement on oblitérerait le vagin, mais on constituerait une poche urinaire formée de pièces dissemblables, dont la vitalité n'est pas également résistante aux qualités irritantes de l'urine. Cette poche, formée en partie par la vessie, par le vagin, par le col de l'utérus, aurait en haut une ouverture libre, conduisant par la cavité utérine jusque dans le péritoine, en bas, une autre ouverture représentée par l'urèthre, à laquelle il faut arriver par la perforation de la vessie. Cette poche serait nécessairement privée, dans la plus grande partie de son étendue, de la contractilité nécessaire pour évacuer le liquide urineux. Le séjour de ce liquide ne l'altérera-t-il pas? ne contractera-t-il pas des qualités délétères? ne donnera-t-il pas naissance à des formations calculeuses, comme des observations analogues semblent le faire craindre? Du côté de la matrice, s'accoutumera-t-il à baigner dans l'urine? ne résultera-t-il pas de cette circonstance des inflammations redoutables? Enfin, jusqu'à quel point est-on assuré que le liquide ne puisse pas pénétrer en nature par la cavité de l'utérus jusque dans les trompes et dans le péritoine? Ces objections auxquels on n'a pas, que je sache, répondu, me paraissent difficiles à résoudre.

» Si cependant, peu touché de ces raisons, on voulait recourir à cette opéra-

tion, j'ai dit qu'il était peu probable qu'on vînt à agglutiner les bords de l'orifice du vagin. Quand on réunit les fistules urinaires, le principal obstacle au succès est le contact de l'urine avec les lèvres de la plaie, et son infiltration entre ces lèvres. Il est impossible d'empêcher que ce contact ait lieu, et je ne vois pas par quel moyen on pourrait s'opposer à ce que l'urine s'insinuât entre les bords avivés de la vulve. » (Thèse de concours pour la chaire de Richerand.)

Voici ce que M. Vidal répond : « Cette opération a été jugée assez légèrement. Si M. Michon, dans sa thèse de concours, eût eu le temps d'examiner tous les éléments de la grave question qui a été soulevée par ce fait (l'observation extraite de M. Bouisson), il eût évité de réfuter des arguments que j'avais réfutés, et il se serait dispensé volontiers d'en présenter qui se trouvaient détruits par le fait qui s'est passé à l'hôpital du Midi, en présence de plusieurs élèves, en présence de M. A. Bérard, fait que Guerbois a pu constater, quand il fit sa thèse de concours sur les fistules vésico-vaginales. Mon opération n'a pas réussi, je le sais, je l'ai dit, je l'ai imprimé. J'ai chez moi l'observation rédigée par un élève de mon service : la guérison était indiquée, et j'ai retardé l'impression de ce fait, parce que je crois que pour parler d'une guérison de fistule vésico-vaginale, il faut attendre au moins trois mois après la guérison supposée ; si tous les chirurgiens en faisaient autant, nous aurions moins de fausses monnaies en circulation.

» Mais voici à quoi sert ce demi-succès. Il sert à prouver : 1° que les règles peuvent passer par l'urèthre ; 2° que l'urine peut être chassée par cette nouvelle vessie, et qu'elles peuvent jaillir ; 3° que ces urines n'entrent pas dans la matrice pour passer par les trompes et aller inonder le péritoine (mes explications sur les injections intra-utérines prouvent d'ailleurs combien il est difficile de faire passer du liquide dans les trompes) ; 4° la cicatrice s'est assez maintenue pour me faire penser que les dépôts calcaires ne se feraient pas facilement dans cette nouvelle vessie. Quant au reproche d'imperfection qui est adressé à ce nouvel organe, j'avoue qu'il est mérité ; il est si bien mérité, si bien reconnu, qu'on pouvait s'épargner la peine de le faire. Je n'ai jamais prétendu établir de toutes pièces une vessie aussi parfaite que celle qui existait avant la fistule. Quand on dit que je remplace une infirmité par une autre infimité, on dit qu'on n'a pas voulu connaître l'ensemble du fait, voilà tout.

» La difficulté de fermer l'orifice du vagin est réelle ; l'impossibilité est une assertion. L'argument qui consiste à dire que je prive la femme de son plus bel attribut, que je lui enlève son sexe, qu'elle ne pourra plus être fécondée, cet argument est un de ceux que je ne réfute pas. » (Vidal de Cassis, *Traité de pathologie externe*, page 15.)

P. L'auteur (M. Fabre). Il nous semble qu'on s'est souvent trop éloigné des principes de la médecine opératoire des fistules, quand on en a été au traitement de celles qui nous occupent ici. Il est vrai que ces fistules diffèrent, sous beaucoup de rapports, des autres, et nous nous rappelons qu'au début de cet important article, nous avons dit qu'on avait un peu abusé du mot fistule en l'appliquant aux perforations du bas-fond de la vessie. Cependant ce n'est pas sans réflexion qu'on a ainsi dénommé les maladies qui nous occupent. Les praticiens, après avoir vu échouer à peu près tous les moyens que nous venons de faire connaître, retourneront sans doute comme nous aux principes et se demanderont comme nous si, en soumettant ces fistules aux règles de médecine opératoire, qui nous dirigent dans les procédés par incision de la fistule anale, on n'obtiendrait pas enfin des résultats meilleurs que ceux qui nous sont offerts tous les jours. Ainsi, selon nous, on pourrait inciser le pont qui existe entre la perforation du bas-fond de la vessie et le méat urinaire, et diriger la cicatrisation d'arrière en avant, comme l'avait proposé Dupuytren pour réunir les divisions du voile du palais. Dupuytren proposait la cautérisation avec le nitrate d'argent. On se rappelle que nous avons émis une idée analogue pour la réunion des déchirures périnéales.

Ainsi on ferait ici l'opération comme celle de la fistule à l'anus ; et comme ici

(1) Transact. méd., t. VI, p 283, 293.

on coupe le sphincter anal, dans les cas de fistule vésico-vaginale, on couperait le sphincter de la vessie ; seulement le pansement diffère : on comprend de suite que le procédé que nous proposons serait surtout applicable dans les cas de fistules longitudinales, c'est-à-dire selon la direction de l'axe de l'urètre.

Appréciation générale. « Il me reste actuellement un devoir pénible à remplir, dit M. Velpeau, c'est de dire que, parmi les exemples cités de fistules vésico-vaginales guéries, il n'en est qu'un très petit nombre qui soient tout à fait à l'abri de contestation. Il est certain, ainsi que l'a établi M. Jeanselme (1) dans un mémoire détaillé sur ce sujet, que les faits attribués à Desault par Chopart, à Flamand par M. Ehrmann ou par Deyber, à Dupuytren par MM. Sanson et Paillard, à M. Nœgœlé, à M. Malagodi, à M. Jobert, et plusieurs autres qui appartiennent à M. Lallemand, sont loin d'être concluants.

» Pour s'entendre et permettre à la science de marcher sous ce point de vue, il faut diviser les fistules urinaires de la femme en trois classes. Celles qui font communiquer l'urèthre avec le vagin peuvent être traitées avec succès par la cautérisation ou par la suture. Tout indique qu'on en ferait disparaître aussi un certain nombre en prenant la précaution de sonder la femme chaque fois qu'elle a besoin d'uriner, et de ne point lui permettre de vider sa vessie spontanément. J'ai réussi une fois de cette façon. Chez une autre femme que j'ai opérée en 1838, à la Charité, je m'en suis tenu à l'extirpation de la bride urétrale qui séparait la fistule du méat urinaire. Comme le col de la vessie était intact, cette petite opération eut un plein succès, et les urines purent être lancées ensuite comme avant la maladie. Les fistules qui occupent le col de la vessie ou la racine de l'urèthre, en d'autres termes celles qui se sont établies aux dépens du trigone vésical, paraissent encore susceptibles de guérison radicale. Il n'est pas douteux pour moi que plusieurs des malades traitées par M. Lallemand et par M. Jobert aient été dans ce cas. Tout indique que les guérisons attribuées à Dupuytren et à d'autres appartenaient aussi à cette classe de fistules. C'est probablement pour avoir perdu de vue une telle distinction, que divers praticiens ont été scandalisés des doutes émis à leur égard par M. Jeanselme, dans son mémoire. Quant aux fistules du corps de la vessie, il n'y a point d'observation jusqu'ici qui prouve sans réplique qu'on les ait guéries. Levret, Deleurye disent bien, il est vrai, que l'abaissement de l'utérus et de son col en triomphe alors ; mais on voit dans l'observation de M. Horner (1), que des tractions exercées sur le col de la matrice avec un éphelcomètre ont été insuffisantes pour guérir celles qu'on a traitées jusqu'ici de la sorte.

» Il faut d'ailleurs savoir que les fistules du corps et du bas-fond de la vessie présentent des variétés nombreuses. Chez plusieurs des femmes que j'ai observées, la cloison vésico-vaginale était si complétement détruite que la vessie et le vagin ne faisaient plus qu'une seule et même cavité, que la paroi antérieure de la vessie, cessant d'être soutenue, descendait jusqu'à la vulve, sous forme d'un fungus rougeâtre, qu'il eût été ridicule de songer à guérir une pareille infirmité autrement que par la méthode de M. Vidal. J'ai pu observer deux femmes dont la fistule était tellement élevée, que son bord supérieur était représenté par la face antérieure du col de l'utérus. N'est-il pas évident que la cautérisation ou l'avivement combiné avec l'abaissement de la matrice eussent offert dans ces cas quelque chance de succès ? Chez une autre femme, la fistule du bas-fond de la vessie, de forme circulaire, se trouvait assez en dehors de la ligne médiane pour qu'on pût la fermer assez complétement, au moyen de légères pressions exercées par le vagin.

» En conséquence, il conviendrait à l'avenir de ne point citer de guérisons de fistules vésico-vaginales sans en indiquer avec rigueur le siége précis, la forme, les dimensions. C'est là ce que paraît exiger M. Jeanselme, et je crois que la pratique s'en trouverait bien. »

» En définitive cependant, je dirai que les fistules urétro-vaginales cèdent, sans trop de difficultés, aux ressources de l'art

(1) L'Expérience, tome I, p. 257, 270.

(1) Gazette médicale, 1838, p. 124.

ou aux efforts médicateurs de l'organisme ; que celles du trigone vésical disparaissent rarement quand elles ont plus de huit à dix lignes de diamètre ; que celles des points les plus élevés du vagin ne paraissent pas non plus absolument incurables ; mais que, pour celles du bas-fond, sans être tout à fait aussi incrédule que M. Janselme, je suis pourtant forcé d'avouer qu'il y a lieu de révoquer en doute la presque totalité des cas de guérison qui en ont été publiés jusqu'ici. » (*Médecine opérat.*, tom. IV, pag. 448.)

On voit que l'opinion de M. Velpeau n'est pas fort éloignée de celle qui nie *l'existence d'un fait bien constaté, bien authentique, de guérison de fistule avec perte de substance du bas-fond,* MÊME *de la vessie.* Cette opinion est celle de M. Vidal, et entre lui et M. Velpeau il n'y a pas place pour une nuance d'opinion, surtout quand on sait que M. Velpeau devient toujours plus incrédule sur les faits de guérison qu'il semblait accepter autrefois.

Notre opinion, un peu fataliste sur cette question, devrait, il semble, nous conduire à la négation de toute médecine opératoire dans les cas de fistule du bas-fond de la vessie ; elle semblerait en même temps une amère critique de l'étendue et de l'importance que nous avons données à cette question dans un livre qui s'adresse surtout aux praticiens. Nous ne le pensons pas, parce que nous ne croyons pas que ce qui a été impossible jusqu'à présent le soit toujours ; ainsi nous ne croyons pas à l'incurabilité de ces fistules ; mais nous prétendons que cette cure est on ne peut plus difficile, et que le bon moyen n'est pas encore complétement trouvé. Il naîtra des efforts des chirurgiens modernes, et des lumières déjà répandues sur cette question. C'est pour cela que nous avons cherché à rassembler le plus de ces lumières, avec l'impartialité sans laquelle on ne fait rien d'important en pratique. Ceux qui connaissent le nombre des malheureuses dont les jours sont abreuvés d'amertume par cette dégoûtante infirmité, nous pardonneront les longueurs de cette partie de notre ouvrage.

TRAITEMENT PALLIATIF. En cas d'incurabilité, un tampon ovoïde en gomme élastique serait très-applicable. Ce sont alors surtout des moyens de propreté qu'il faut. On protégera les organes contre l'âcreté des urines ; on recevra ce liquide de manière à ce qu'il incommode le moins possible la malade. Pour cela, l'instrument de J.-L. Petit, appelé *trou d'enfer*, est très-convenable, si l'on croit ce chirurgien illustre ; mais malheureusement ce trou d'enfer n'est pas décrit. On s'est donc trouvé dans l'impossibilité d'en tirer parti depuis. Heureusement, dit M. Velpeau, celui de Féburier, qu'on rencontre chez la plupart des fabricants d'instruments en gomme élastique, ne laisse rien à désirer sur ce point ; c'est une sorte de cuvette en caoutchouc, qui peut être maintenue au devant de la vulve et se prolonger dans le vagin, sans empêcher la femme de marcher ou de se livrer à ses occupations habituelles. M. Barnes qui, par suite de la fréquence des fistules vésico-vaginales chez les femmes anglaises, a nombre de fois été forcé de s'en occuper, se sert d'une bouteille allongée en gomme élastique, susceptible d'être placée dans le vagin, et qui offre, sur la face antérieure, une ouverture dans laquelle on fixe une éponge, qu'on dirige du côté de la fistule, afin que l'urine s'y engage peu à peu. La malade retire le tout deux ou trois fois le jour, en chasse le fluide urinaire par la simple pression, pression qui réagit sur l'éponge et vide en entier l'instrument. MM. Guillon et Dugès ont imaginé, de leur côté, chacun un instrument que l'on peut considérer comme un perfectionnement de celui de Barnes. (Velpeau, *Méd. opérat.*, tom. IV.

Si on était privé de ces moyens, la seule ressource qui restât à la femme, serait de se garnir d'éponges fines, de linge sec, de papier de soie, qu'elle renouvellerait un plus ou moins grand nombre de fois chaque jour. M. Chailly (1) a proposé la position demi-fléchie sur le ventre, et cela dans l'intention de forcer les urines à s'échapper par l'urètre, ou la sonde, ou le siphon aspirateur qu'on pourrait y placer, et de les empêcher de se porter vers la fistule. Ce moyen a pour premier inconvénient de manquer le but ; secondement, il est impossible à la plupart des femmes de conserver cette position au delà d'un

jour ou deux. M. Schræger et Sanson ont essayé dès longtemps ce moyen et n'en ont retiré aucun fruit; ils l'ont alors rejeté, se motivant sur les douleurs, les escarres qu'il menaçait de produire sur les genoux, les coudes ou les épines iliaques.

§ 2. Fistules recto-vaginales,

La pathologie de ces fistules est moins connue que celle des fistules que nous venons d'étudier ; mais leur thérapeutique est plus avancée, ou pour mieux dire plus heureuse. Aussi c'est à des divisions puisées dans la thérapeutique que nous allons soumettre ce paragraphe.

Les fistules recto-vaginales, comme les précédentes, sont le plus souvent produites par les désordres qui suivent un accouchement long, laborieux, par des manœuvres mal dirigées. On ne les confondra pas avec les fistules vulvo-rectales dont il a été question quand nous avons traité des maladies de la vulve. On a vu de ces fistules causées par une espèce d'empalement, par des chutes sur des corps plus ou moins pointus, accident dont nous avons cité des exemples, quand il a été question des lésions physiques de la vulve et du vagin. D'ailleurs, quand nous en serons à la cautérisation, nous citerons un exemple remarquable de ces fistules accidentelles : exemple puisé dans la pratique de M. Amussat. On a encore ici parlé des ulcères vénériens qui pouvaient perforer la cloison vagino-rectale ; mais, que nous sachions, il existe peu d'observations bien faites à l'appui de cette assertion, bien que M. Michon dise que dans *bon nombre de cas*, la fistule en question reconnaît une cause vénérienne. (*Thèse citée*, p. 194.)

On ne s'étonnera pas de voir rappeler seulement ici les fistules qui sont une des dernières conséquences du cancer du rectum ou du vagin. Ces fistules ne sont qu'un épiphénomène de la grave dégénérescence qui affecte ces deux canaux ; il n'est jamais question alors de traiter l'infirmité.

Les fistules recto-vaginales ont nécessairement de grandes analogies avec les fistules qui sont la conséquence de la perforation de la cloison vésico-vaginale. En effet, dans les formes, l'étendue, la direction, on observe à peu près dans ces fistules les mêmes variétés qu'on a observées dans les fistules que nous venons de décrire.

Par les fistules recto-vaginales passent surtout des excréments qui viennent souiller le vagin. C'est donc là une dégoûtante infirmité ; et pourtant elle est moins grave encore que celle causée par les fistules vésico-vaginales. Car, pour que les matières passent, il faut que la fistule soit assez large ou que ces matières soient liquides. L'écoulement n'est d'ailleurs jamais aussi continu que dans les cas de fistules vésico-vaginales.

Au point de vue thérapeutique, qui est le plus important pour les praticiens, on peut diviser ainsi les fistules recto-vaginales ; 1° celles dont les seuls efforts de l'organisation triomphent, ce qui rend les opérations inutiles; 2° celles dont la guérison est aidée par la nature, mais dont la cure complète nécessite une opération ; 3° celles qui sont totalement incurables et qui résistent aux efforts de la nature et à tous les artifices de l'art ; 4° Les faits de fistules appartenant à cette catégorie et qui guérissent spontanément : ces faits sont incontestables et incontestés. Levret en a observé un assez grand nombre, puisqu'il fait remarquer qu'il a mis à profit les enseignements de la nature pour accomplir la cure radicale de ces maladies. Voici ce que faisait Levret :

Lorsque les femmes, à la suite de couches, avaient une perforation de la cloison recto-vaginale, il les faisait lever peu de temps après leur accouchement, pour que l'utérus, encore volumineux et lourd, éprouvât une espèce de prolapsus en vertu de son propre poids et vînt, par ce moyen, rapprocher les bords de la fistule.

Nous croyons qu'on peut considérer comme un fait de guérison spontanée celui que rapporte M. Velpeau. C'est une femme qui, affectée depuis huit mois, d'une fistule recto-vaginale, guérit au bout de quinze jours par de simples injections de vin rouge. (Voyez le 4e vol. de la *Médecine opératoire* de M. Velpeau, page 452.) Mais voici un fait des plus intéressants que nous donnons avec détail. Madame B..., âgée de vingt-neuf ans, d'une constitution faible et délicate, ma-

riée depuis plusieurs années, déjà mère de deux enfants, accoucha, au mois de février 1829, d'un enfant fort et dont la tête était grosse. L'accouchement fut heureux et naturel; mais, quelques jours après, on s'aperçut de l'existence d'un abcès dans la cloison recto-vaginale, vers l'ouverture du vagin. Cet abcès s'ouvrit naturellement du côté de ce canal et donna issue à un pus de bonne qualité. On agrandit cette ouverture pour favoriser la sortie du pus, et M. Huard, mon confrère, qui avait soigné la malade jusqu'à ce moment, m'appela en consultation avec M. Saint-Lambert. Nous nous aperçûmes tous que la portion de la membrane muqueuse du rectum, qui formait la paroi postérieure de l'abcès, était dans un état de mortification; bientôt elle fut entraînée par la suppuration, et il en résulta une communication entre le vagin et le rectum. On crut pouvoir produire l'oblitération de cette ouverture en empêchant qu'elle ne servît de passage aux matières stercorales et aux mucosités vaginales, par le moyen d'une mèche introduite dans l'anus à l'aide d'une sonde, et d'un tampon de charpie placé dans le vagin. Le tampon était ôté de temps en temps, et des injections étaient faites pour nettoyer le vagin; mais nonobstant l'emploi de ce moyen, les vents passaient par le canal, à moins qu'on ne donnât une forte dimension au tampon, ce qui alors agrandissait la plaie et faisait souffrir la malade. On renonça à l'emploi de ces moyens, et on se contenta de placer dans l'anus un petit tuyau de buis, de deux lignes de diamètre, pour donner aux vents une issue continuelle. Il produisit l'effet qu'on désirait: les vents et le pus ne sortaient plus que par ce conduit, et cependant, trois semaines après l'établissement de la fistule, celle ci avait augmenté au lieu d'avoir diminué en étendue, ayant alors dix à douze lignes d'ouverture en longueur du côté du vagin, et trois à quatre pouces du côté du rectum, se terminant par une espèce de cul-de-sac dans le tissu cellulaire formant la cloison recto-vaginale, et s'étendant jusqu'au sphincter qui était intact. Nous consultâmes alors de célèbres chirurgiens de Paris: ils témoignèrent avoir peu d'espoir de la guérison, conseillèrent des soins de propreté et peu d'autres moyens. Nous nous bornâmes donc à prescrire le repos sur le côté, et des lotions émollientes fréquentes. Le repos ne fut pas continué aussi longtemps que nous l'aurions désiré; cependant le mal avait déjà diminué beaucoup pendant le temps où la malade s'était décidée à rester couchée. Depuis l'amélioration a continué, et maintenant la fistule est parfaitement guérie depuis longtemps. (Observation recueillie par M. Philippe de Mortagne.)

« Il serait important de déterminer ici à quelle époque de la maladie le chirurgien ne doit plus compter sur une guérison spontanée, avant d'avoir recours à des procédés chirurgicaux. Mais c'est là une question qu'il est difficile de résoudre en se basant sur des faits: ainsi, dans quelques cas, tout travail de réparation est terminé le huitième ou le dixième jour, comme on le voit dans les observations de M. Scott. Dans d'autres cas aussi, la nature travaille sans cesse et opère quelquefois des résultats inespérés, comme l'observation de M. Philippe nous en fournit un exemple: il est bien difficile, je crois, d'établir des règles précises sur l'opportunité de l'opération; du reste, comme le chirurgien a à sa disposition d'autres moyens, il doit employer d'abord ceux qui peuvent favoriser le travail de la nature, et venir aux plus violents, lorsque les premiers auront complétement échoué. » (Michon, *Thèse citée.*)

Il serait difficile de répondre à toutes les questions posées par M. Michon. Mais nous ferons ici quelques réflexions qui aideront à comprendre certains faits de l'histoire des fistules qui nous occupent et qui ne seront pas inutiles pour leur traitement.

Les fistules les plus élevées sont les plus graves, les plus difficiles à guérir. A diamètre égal, c'est donc la fistule la plus éloignée du sphincter qui est la plus grave. En effet, plus on s'éloigne de cette portion du rectum, plus mince est la cloison vagino-rectale. En haut, la perforation est directe; de là, plus de facilité pour les matières qui entretiennent la fistule et qui passent d'un conduit à l'autre; de là aussi, plus de difficultés, moins de chances

pour la réunion, car on ne pourra pas affronter de larges surfaces. Ajoutez les difficultés plus grandes pour une opération qui s'éloigne de la surface cutanée, et vous conviendrez de la justesse de la proposition que nous venons d'émettre.

Les chances d'une plus facile cure radicale, soit spontanée, soit chirurgicale, ne sont pas seulement dues à l'obliquité du trajet de la fistule qu'avoisine le sphincter; elles ne dépendent pas seulement de la plus grande épaisseur des parties sur ce point, mais d'un fait physiologique important à connaître. A l'extrémité inférieure du rectum, entre les replis de la muqueuse, sont de petits godets de lacunes au fond desquelles peut s'ouvrir la fistule qui part du vagin. Quand l'ouverture rectale a cette disposition, on comprend que la fistule est dans les meilleures dispositions possibles pour être moins incommode et pour offrir plus de chances aux guérisons, soit tout à fait naturelles, soit aidées des moyens chirurgicaux. Elle a alors les avantages des fistules qui atteignent un canal dont les fonctions sont intermittentes et des avantages particuliers.

Ainsi, quand les matières viennent à être expulsées du rectum au moment de la défécation, il y a une espèce de renversement, de chute de la muqueuse qui tapisse la partie inférieure du rectum, les replis, les espèces de valvules formées par la muqueuse, viennent oblitérer l'ouverture rectale de la fistule. Et quand cette fistule est très-basse, il peut y avoir deux dispositions valvulaires qui empêchent le passage des matières d'un canal dans l'autre; la première formée par l'obliquité du trajet fistuleux; l'autre par les replis muqueux dont nous avons parlé. Ce sont du moins là les explications données par M. Vidal de la facilité plus grande de la cure des fistules qui sont à la partie inférieure du rectum. La justesse de ces remarques se fait surtout remarquer dans l'histoire des fistules dont le point de départ est à la vulve et l'aboutissant au rectum, fistules que M. Vidal appelle vulvo-rectales.

On peut avancer que la plupart des fistules recto-vaginales, surtout celles qui proviennent de déchirures pendant l'accouchement, peuvent être soumises à une opération avec plus ou moins de chances de réussite, suivant les divers états qu'elles peuvent présenter. Mais il est plusieurs variétés de fistules dont les principales doivent être indiquées; car un procédé qui convient dans un cas, pourrait être inutile ou nuisible dans un autre. Entre les deux canaux existent quelquefois de petits trajets plus ou moins étendus. « M. Ricord, dit M. Michon, a eu occasion d'en observer plusieurs; M. Demeaux m'a communiqué également un cas observé dans le service de M. Velpeau, chez une femme qui, à la suite d'un abcès à la vulve, avait eu secondairement un trajet qui communiquait dans le vagin et dans le rectum. C'est aux fistules de ce genre que la compression, la cautérisation, et enfin l'incision faite comme aux fistules stercorales, peut être appliquée avec succès; celles-là, indépendamment de leur étroitesse, qui en rend la cure plus facile, ont encore l'avantage de se trouver dans une région plus abondamment pourvue de parties molles, et assez rapprochées de l'extérieur, pour être facilement accessibles au chirurgien. (*Thèse citée.*) Il est évident que M. Michon parle ici des fistules vulvo-rectales, de celles qui sont la suite fréquente des abcès des grandes et des petites lèvres dont il a déjà été question.

Le vagin, ajoute-t-il, peut communiquer avec le rectum par une perforation qui aura été produite par des instruments tranchants, des corps contondants. Mais comme nous l'avons déjà dit, la cause la plus fréquente de ces solutions de continuité, c'est la déchirure déterminée par la tête du fœtus, par des instruments ou par des manœuvres inhabiles ou malheureuses. Les différentes variétés qui se rapportent à cette classe de fistules, ne diffèrent guère les unes des autres que par la hauteur de leur siége, par leur étendue ou par leur direction. Chacune de ces circonstances donne lieu à des indications particulières. (Michon.)

1° Les fistules réellement incurables et contre lesquelles toute opération serait une faute; ces fistules sont celles qui sont la conséquence de cancers du rectum, plus rarement de ceux du vagin. Ici la

cloison recto-vaginale est détruite. 2° Il est des fistules peu étendues qui, ayant persisté après la réparation de désordres très-considérables, sont en général rebelles à toute espèce d'opération, et ne font que s'aggraver par ce mode de traitement. Nous avons signalé ces petites fistules qui persistent trop fréquemment après la périnéoraphie.

« Je ne saurais mieux les comparer, dit M. Michon, qu'à d'autres maladies du même genre, les fistules stercorales, qu'on voit souvent succéder aux anus contre nature traités par l'entérotomie, et contre lesquels viennent échouer communément nos ressources opératoires. » (*Thèse citée.*) En général ces petites fistules recto-vaginales ne doivent pas être opérées, quand déjà d'autres opérations ont été tentées plusieurs fois sans succès, et que chaque tentative aggrave la maladie.

3° La troisième catégorie qui ne nécessite pas d'opérations, comprend les fistules dans lesquelles la perte de substance, ou l'absence congénitale de la cloison recto-vaginale, a une trop grande étendue, comme on le voit dans le fait suivant :

Une jeune femme, entrée à l'hôpital de la Charité, se plaignait que les matières fécales sortaient par le vagin. Elle était d'une bonne constitution, bien conformée. Elle ne s'est jamais aperçue de son infirmité jusqu'à l'époque de son mariage; elle l'attribuait à une rupture qui avait été produite pendant le coït; un examen attentif, et plusieurs fois répété, a permis de constater que chez cette malade il y avait absence complète de cloison recto-vaginale; on ne retrouvait pas le moindre vestige de déchirure. Malgré l'assertion de cette malade, le chirurgien pensa que cette disposition était congénitale, et que, si cette femme soutenait ne s'en être aperçue que depuis son mariage, c'était, ou par dissimulation, ou parce que en effet, à cause de l'étroitesse de l'ouverture du vagin, les matières n'étaient retenues et n'étaient expulsées que par la défécation; dans un cas de ce genre, toute opération deviendrait impossible. (Velpeau.

Toutes les fistules congénitales ne sont pas cependant dans le même cas. M. Dieffenbach en a opéré une avec un succès complet.

Opérations proposées pour la cure des fistules recto-vaginales.

Il est à peu près impossible de classer logiquement les nombreux procédés et de les rattacher à de vraies méthodes opératoires. Chaque procédé a en lui un caractère qui le différencie trop des autres pour que le groupe ne soit pas trop disparate. Cependant on peut, à la rigueur, rapporter ces procédés aux quatre chefs suivants : 1° compression; 2° cautérisation; 3° suture; 4° incision.

1° *Compression.* Cullerier l'ancien avait fait construire un instrument pour cette espèce de compression. C'étaient deux lames métalliques protégées par un coussinet et recouvertes de taffetas gommé. Cullerier introduisait une ces lames dans le vagin, une autre dans le rectum, et, au moyen d'une vis de rappel, qui était à l'extrémité de ces deux lames, il pouvait les rapprocher et comprimer ainsi la cloison recto-vaginale; c'était là en même temps un compresseur et un obturateur, car cet instrument avait la double prétention de faire adhérer les parois de la fistule les unes avec les autres, et d'empêcher les mucosités du rectum et du vagin d'arriver au contact des parties. Ce procédé a réussi, dit-on, entre les mains de Cullerier l'inventeur. Depuis il a échoué quand Cullerier neveu a voulu l'employer.

2° *Cautérisation.* C'est le moyen qui a été le plus souvent employé, soit seul, soit aidé d'autres moyens. Voici comment Dupuytren a appliqué le feu : la malade est placée sur le bord d'un lit ou d'une table, comme pour l'opération de la taille, les parois du vagin sont écartées, soit à l'aide d'un spéculum à deux valves, soit avec le spéculum à une seule valve et à long manche. Cet instrument permet de voir à nu l'ouverture, les parties voisines sont protégées soit avec du linge mouillé, soit avec de la charpie. Alors un cautère en forme de haricot, chauffé à blanc, est porté sur la fistule, mais de manière à cautériser peu profondément pour ne pas s'exposer à produire une perte de substance. Cette cautérisation convient surtout aux fistules peu étendues. Il serait

inefficace pour effacer des ouvertures d'un diamètre un peu étendu; car, après cette cautérisation, les bords de l'ouverture sont avivés par la chute de l'escarre; le gonflement survient, et le rapprochement doit avoir lieu à la faveur de ce gonflement. Or, si l'écartement des bords est un peu considérable, ce moyen de rapprochement est insuffisant : le nitrate d'argent est presque toujours tenté, car c'est le caustique que les chirurgiens ont pour ainsi dire toujours à la main et qu'ils appliquent avec le plus de facilité. M. Dieffenbach, après avoir converti en fistule recto-vaginale un anus anormal, ouvert dans le vagin, a oblitéré tout à fait cette fistule par des cautérisations avec le nitrate d'argent. Voici d'ailleurs l'observation avec tous ses détails, parce qu'ils sont intéressants. La malade était une petite fille âgée de trois mois, bien développée pour cet âge; elle présentait aussi toutes les apparences d'une bonne santé. Les parties externes de la génération avaient leur conformation naturelle; l'anus était obturé, et les matières fécales s'écoulaient au dehors à travers une petite ouverture de trois à quatre lignes de diamètre, située dans la partie postérieure et supérieure du vagin.

L'opération fut pratiquée en *deux temps*. 1er *temps*. Une sonde cannelée courbe fut introduite dans le rectum par l'ouverture vaginale et poussée vers le périnée : alors on plongea la pointe d'un bistouri immédiatement derrière la fosse naviculaire, et on conduisit la lame d'avant en arrière jusqu'au point correspondant à l'extrémité de la sonde, sans cependant pénétrer dans la cannelure. L'incision ainsi pratiquée s'étendait presque jusqu'au coccyx, divisant la totalité du périnée. Alors, en écartant les lèvres de la solution de continuité, on aperçut l'extrémité inférieure du rectum terminée en cul-de-sac : on la sépara avec soin, à l'aide d'un bistouri, de la paroi postérieure du vagin; on l'ouvrit, et on la mit en contact avec les lèvres de la première incision. Des lotions d'eau fraîche, remplacées par des fomentations tièdes quand le travail de la suppuration fut établi, constituèrent les moyens employés après l'opération.

L'ouverture de la fistule se cicatrisa parfaitement, après une seule cautérisation faite à l'aide de la pierre infernale.

Au bout de quatorze jours, pendant lesquels les matières trouvèrent par la plaie une issue facile, et qui n'avait été marquée par aucun accident, la cicatrisation était achevée.

2e *temps*. Trois semaines après cette première opération, on procéda à une seconde, dans le but de restaurer le périnée; on commença par séparer d'une manière plus complète la partie antérieure et inférieure du rectum, de la paroi postérieure du vagin, et les parties latérales de l'extrémité de l'intestin furent également détachées des lèvres de la première incision, avec lesquelles elles avaient contracté des adhérences. Quand la partie antérieure de l'intestin fut ainsi isolée, elle obéit à l'action des adhérences postérieures qui l'entraînaient en arrière.

On aviva les bords de la première solution de continuité dans la partie antérieure, afin d'en permettre la réunion; et, après les avoir mis en contact, on réunit les parties profondes à l'aide de points de suture dont les fils furent coupés au niveau de la peau, tandis qu'on procéda à l'union des téguments au moyen de la suture entortillée, par un procédé semblable à celui qu'on emploie dans l'opération du bec-de-lièvre. Immédiatement après, on eut la satisfaction de voir les matières fécales s'échapper par l'anus artificiel. Une petite bougie fut introduite tous les jours dans le rectum; on recommanda la plus exacte propreté. Le cinquième jour, on enleva les sutures et les aiguilles; l'adhésion était complète, l'opérateur avait rempli son but. (*Médico-chirurg. Review*. 1836. Ext. des *litterarische Annal. der gesamt. Heilkunde.*) Le nitrate d'argent est surtout employé pour compléter la cure de petits trajets à travers lesquels les matières passaient encore dans le vagin.

Les caustiques liquides peuvent offrir de très-graves inconvénients dans leur emploi, à cause de la profondeur à laquelle on est souvent obligé d'agir. Quelquefois cependant on a pu employer avec succès le nitrate acide de mercure, et nous citerons bientôt en détail une observation qui prouve l'efficacité de l'acide nitrique pur.

Dans le cas où les parois de la fistule sont calleuses, on a proposé de scarifier d'abord ces callosités pour cautériser plus tard. M. Ricord s'est bien trouvé, dit-il, de cette pratique dans deux cas. « Lorsque les conduits sont étroits et un peu étendus, ce chirurgien procède de la manière suivante : un fil est roulé autour d'un petit stylet en platine; celui-ci est imbibé de nitrate acide, et porté ensuite dans l'intérieur du trajet pour le cautériser dans toute son étendue : la guérison en est ordinairement la suite. C'est dans des cas de ce genre que M. Ricord a combiné la cautérisation et la compression. » (Michon, *Thèse citée*, page 205.)

Voici l'observation communiquée par M. Amussat et à laquelle nous avons fait allusion plusieurs fois.

Fistule recto-vaginale accidentelle, chez une jeune fille âgée de dix-huit ans. Guérison en un mois par des cautérisations réitérées avec une sonde de femme en argent trempée dans de l'acide nitrique pur.

Mademoiselle X..., âgée de dix-huit ans, tomba à l'âge de six ans, en courant sur des banquettes. Dans sa chute, l'extrémité d'un manche à balai pénétra dans le rectum et dans le vagin, et déchira la cloison recto-vaginale. Après avoir combattu les accidents inflammatoires qui survinrent, on remarqua bien, à ce qu'il paraît, qu'il existait une fistule; car le mot banal, « la nature fera le reste » fut prononcé.

Quoi qu'il en soit de ces commémoratifs assez vagues, mademoiselle X... s'aperçut que son linge était taché d'une manière extraordinaire, ce qu'elle attribua d'abord, ainsi que ses parents, à des flueurs blanches; mais ils furent bientôt détrompés par ce fait, que les lavements donnés par le rectum sortaient en partie par le vagin. Bref, la nature et le temps n'ayant apporté aucun changement dans les suites de l'accident, au moment de la marier on se décida à sortir de l'expectation si prolongée dans laquelle on était resté jusqu'alors.

Le 13 août dernier, j'examinai cette jeune personne; je constatai qu'il existait sur la cloison recto-vaginale, à une petite distance de la vulve, justement à l'endroit où aurait dû se trouver l'hymen qui avait été détruit par suite de l'accident, une perforation faisant communiquer le vagin avec le rectum. En mettant un doigt dans l'anus, j'arrivai à distinguer ce doigt en regardant dans le vagin, et j'aperçus distinctement l'ouverture de la fistule dans laquelle on aurait pu introduire facilement une grosse plume d'oie. Enfin, un lavement que je fis administrer par le rectum sortit en jet par l'ouverture vaginale accidentelle.

Je pensai d'abord à faire un ou deux points de suture, après avoir avivé légèrement les bords de la fistule; mais je voulus, avant d'employer ce moyen douloureux et si souvent inefficace dans les cas de ce genre, ou de fistules vésico-vaginales, essayer si, par la cautérisation avec l'acide nitrique, ou plutôt avec le nitrate d'argent sur-acidifié, je n'obtiendrais pas le résultat heureux auquel je suis arrivé plusieurs fois dans des cas de fistules urétrales, congénitales ou accidentelles chez l'homme, fistules qui aboutissaient tantôt à la fesse, tantôt à la cuisse, etc.

Je trempai donc un gros stylet d'argent dans de l'acide nitrique concentré, et je cautérisai les bords de l'ouverture fistuleuse, puis je fis des injections d'eau froide, et j'épongeai avec soin avec un petit linge mouillé que je laissai dans le vagin. Enfin, je recommandai d'observer une diète sévère et de garder le repos et la position horizontale. Je dois dire ici qu'avant de commencer le traitement, j'avais fait prendre à la malade de l'eau de sedlitz dont l'effet est, comme tout le monde sait, de produire des garde-robes d'abord, puis de la constipation.

Trois jours après, je crois m'apercevoir que la fistule est rétrécie, et je pratique une nouvelle cautérisation avec une sonde d'argent de femme trempée dans l'acide nitrique.

Sans vouloir entrer ici dans le détail des cautérisations que j'ai pratiquées à deux, trois ou quatre jours d'intervalle, qu'il me suffise de dire que peu à peu la fistule s'est oblitérée, et que le 14 septembre, c'est-à-dire un mois après le commencement du traitement, j'ai constaté qu'il existait à la place de la perfo-

ration, une cicatrice assez solide pour nous permettre d'espérer une guérison durable.

Suture. Il est nécessaire et souvent indispensable de recourir à la suture dans les cas de fistules recto-vaginales un peu étendues : il est vrai que quelques habiles chirurgiens l'ont employée plus d'une fois sans succès, mais elle a déjà assez fréquemment réussi aujourd'hui pour que l'on soit autorisé à l'employer. On se rappelle peut-être l'exemple d'un succès par la suture que nous avons emprunté à Saucerotte. (*Voir* Déchirures du périnée.)

Voici un cas de fistule recto-vaginale qui ressemble, sous plus d'un rapport, à celle de Saucerotte. Nous donnons en entier l'observation, parce que les faits de cette nature sont très-rares, surtout avec guérison complète, quand la lésion est très-grave.

Le 4 décembre 1834, madame D***, âgée de vingt-neuf ans, d'une taille élevée, d'une bonne santé, raconte que le 22 mars 1833 elle accoucha, par le forceps, d'un enfant mort, après être restée trois jours en travail; que le second jour elle eut de la fièvre, des douleurs très-vives, et qu'elle n'urina que dans l'après-midi du 23, à l'aide d'une sonde qui fut employée dix-huit jours; les intestins furent évacués ce jour avec beaucoup de peine et de difficultés, et la garde aperçut comme des débris de matière morte fixés aux environs des parties. Elle prit encore un purgatif le 27, mais elle s'aperçut avec douleur qu'elle avait perdu la faculté de retenir ses matières fécales, qui s'écoulaient involontairement dans le lit. Depuis, la vessie reprit sa contractilité, et la malade recouvra sa santé et ses forces. Mais, depuis le 27 jusqu'à présent, elle n'a jamais pu retenir les matières (excepté quand elle était très-constipée), qui passaient en tout temps et dans toutes les positions. Beaucoup de remèdes avaient été proposés et tentés, entre autres des éponges et des pessaires, mais sans succès. En l'examinant, je ne trouvai plus de vestige du périnée : une cicatrice, étendue de la commissure postérieure des lèvres, le long du bord interne de chaque tubérosité ischiatique, allait se perdre dans l'anus. En dilatant les parties largement, je découvris à la partie postérieure du vagin une ouverture semi-lunaire de plus d'un demi-pouce en profondeur, et d'à peu près autant en largeur. Le doigt passait aisément à travers cette ouverture dans le rectum. Les parois postérieures et latérales du rectum paraissaient entières. Cette ouverture semi-lunaire comprenait une partie de la cloison postérieure du vagin, une portion de la paroi antérieure du rectum, et le sphincter qui y adhère.

De là l'impossibilité de retenir les matières dans le cul-de-sac du rectum, et de là aussi on pouvait conclure qu'il y avait eu une déchirure du périnée, de la paroi postérieure du vagin, et de la portion correspondante du rectum et du sphincter. Dans de telles circonstances, il fallait être réservé dans ses promesses; cependant je proposai l'opération suivante, dans la vue de rétablir, s'il était possible, l'usage du sphincter, afin de rendre la malade capable de retenir ses matières, ce qui était d'une grande importance pour cette personne, qui était d'une extrême propreté. Le 10 décembre, après les préparatifs convenables, j'avivai les bords de chaque côté de l'ouverture semi-lunaire, depuis la base de l'involucre du sphincter jusqu'à son sommet, comme cela se pratique habituellement dans le bec-de-lièvre. L'incision ressemblait alors à un V renversé. Les lèvres furent soigneusement réunies par deux sutures, l'une à travers le sphincter, et l'autre au-dessus. Aucun pansement ne fut fait. Repos, diète, eau d'orge, thé. La seule incommodité qui suivit cette opération fut une douleur dans la direction du coccyx et des reins pendant ce jour et la nuit suivante, mais sans symptômes fébriles, et une rétention d'urine pendant neuf jours, pour laquelle le cathéter fut employé. Le 13, les fils étant relâchés, furent coupés avec soin et retirés; il y avait une union partielle dans un point du sphincter, avec des granulations de bonne nature en avant et en arrière. Les granulations furent légèrement touchées avec le nitrate d'argent, le 16 et les jours suivants. Le 17, rien n'ayant traversé les intestins depuis l'opération, j'ordonnai un peu d'huile de ricin. Le 18, une éva-

cuation alvine liquide. La malade ne se croit pas beaucoup mieux; mais il est clair que les granulations remplissent l'ouverture de plus en plus. Une grosse bougie en cire est introduite à deux ou trois pouces dans le rectum, tous les jours, et y séjourne quelque temps. Le 21, huile de ricin dans le but d'exciter les intestins. Le 22, le matin, aussitôt que j'arrivai près de la malade, elle me dit avec une joie indicible : « J'ai le plaisir de vous apprendre que, quand l'huile fit son effet ce matin, je fus assez maîtresse de moi pour passer de cette chambre dans l'escalier sans aucun embarras : c'est la première fois depuis mon accident» (20 mai). Même traitement, un peu moins de diète.

Le 25, les intestins ont agi naturellement. Une fois aujourd'hui la malade n'a point eu de difficulté à retenir ses matières. Les parties ne présentent plus maintenant qu'une ligne irrégulière, au lieu d'une profonde ouverture; les granulations ne sont pas entièrement cicatrisées. Promenade en voiture.

Le 24 janvier 1835 : j'ai vu madame D... deux fois depuis le mois dernier, et touché avec le caustique les parties, qui sont maintenant tout à fait cicatrisées. A la place de la vaste déchirure, on ne voit plus qu'une lame irrégulière. Madame D... me répète que, depuis le 22, elle a toujours parfaitement gardé ses matières, et que quelquefois même elle est obligée de se purger.

Janvier 1836 : madame D... a donné naissance à un enfant vivant, sans que son état ait changé. (*Medical Gazette*, tome XVIII, page 49.)

Le docteur Scott, dans un cas de déchirure de la cloison recto-vaginale, à la suite d'un accouchement laborieux, attira le vagin en bas avec un crochet, puis il rafraîchit les bords de l'ouverture à l'aide d'un bistouri boutonné; il fit ensuite la coaptation et la maintint ainsi avec trois sutures. Le succès fut *presque* complet.

Voici une autre observation de succès de la suture que nous empruntons au journal *London Medical Gazette*, t. X, p. 687, et que nous analyserons seulement.

Ici la fistule avait son siége à environ deux pouces de l'orifice vaginal; elle était assez large pour admettre un doigt; les lèvres étaient très-dures et calleuses. La muqueuse du rectum proéminait dans le vagin.

Le 13 juin, après l'effet d'un purgatif et d'un lavement, la malade fut placée dans la position classique de l'opération de la taille périnéale. La partie supérieure du vagin était repoussée en arrière à l'aide d'une spatule. M. Scott saisit les bords de l'ouverture fistuleuse avec une pince érigne, fit l'avivement avec un bistouri à pointe mousse; trois aiguilles portant un fil furent passées avec un porte-aiguille, à travers les bords de la fistule, qui furent exactement rapprochés et affrontés.

Les fils furent extraits cinq jours après l'opération. Jusqu'au 27 juin, aucune matière fécale n'avait passé à travers la fistule; il en sortit ce jour-là une petite quantité. On constata alors que la cicatrisation était complète, sauf une très-petite ouverture vers le bord externe qui se ferma spontanément au bout de quelque temps. La malade sortit le 19 juillet dans un état de guérison parfaite.

Les difficultés de l'opération sont surtout relatives à la position de la fistule. Ainsi, lorsqu'elle est très-rapprochée de l'entrée de la vulve, ou quand on peut assez facilement atteindre le vagin, l'opération ne présente pas de grandes difficultés dans son exécution. Alors, en effet, une aiguille à suture suffit ordinairement, et on peut pratiquer indifféremment le point du pelletier, ou la suture à points séparés. Quand l'ouverture fistuleuse est profondément située, que le vagin ne peut pas être ramené vers la vulve, la manœuvre devient plus difficile. C'est alors que des instruments spéciaux deviennent nécessaires. C'est alors que le porte-aiguille de M. Roux, celui de M. Dieffenbach, et mieux celui de M. Fauraytier, trouvent leur emploi. Voici d'ailleurs les détails du manuel opératoire : la malade, convenablement préparée, est placée sur un lit, les cuisses écartées, comme pour l'opération de la taille périnéale; un spéculum ou la simple valve de M. Vidal, est introduit dans le vagin, pour mettre à nu l'ouverture. On devra avoir soin d'introduire aussi dans le rectum un gorgeret qui recevra la pointe des aiguill

Les bords de la fistule sont saisis et fixés avec des pinces ou des érignes, et on procède à l'avivement avec des ciseaux, ou bien à l'aide d'un bistouri droit et boutonné. Après ce premier temps de l'opération, on passe les fils : il est généralement mieux de passer les fils du rectum vers le vagin. Une aiguille est enfilée à chacune des extrémités d'un fil, et introduite dans le rectum, pour de là traverser chacune des lèvres de la solution de continuité en allant du rectum vers le vagin; chaque aiguille est attirée au dehors; l'anse formée par le fil auquel elle tient embrasse les lèvres de la fistule. On pose ainsi successivement un nombre de fils proportionné à l'étendue de l'ouverture. M. Nélaton a imaginé un procédé qui est une combinaison de la suture, de la compression et un peu de l'anaplastie. Ce projet n'a jamais eu d'exécution sur le vivant. Mais il nous paraît assez rationnel pour mériter une place ici.

Premier temps. Une incision légèrement courbe, à concavité postérieure, d'une étendue de deux à trois pouces, est pratiquée transversalement sur le périnée, à égale distance de l'anus et de la commissure de la vulve; cette incision conduit entre les parois du rectum et du vagin, que l'on sépare l'une de l'autre jusqu'à la fistule. Cette partie de l'opération ne présente ordinairement aucune difficulté, mais il faut prolonger le décollement jusque sur le bord postérieur et supérieur, dans l'étendue de trois à quatre lignes au moins : cette partie de l'opération exige quelquefois beaucoup de temps, et se pratique très-difficilement. M. Nélaton a imaginé, pour faciliter cette manœuvre, d'introduire une sonde cannelée fortement recourbée entre les deux parois derrière la fistule, et de couper ensuite sur la cannelure de la sonde. Si cette opération, malgré les précautions admises, présentait encore des difficultés, on pourrait, à la rigueur, sacrifier la paroi vaginale. Après ce premier temps, les bords de la fistule se trouvent divisés, les parois rectale et vaginale sont complétement isolées.

Deuxième temps. Le second temps de l'opération, quoique très-compliqué et difficile à exécuter, est néanmoins de beaucoup plus simple que le premier. On a deux plaques d'ivoire exactement semblables, de forme elliptique, d'une longueur variable, suivant l'étendue de la fistule; chacune de ces plaques est percée de trois trous, un au centre, les deux autres vers les extrémités, mais à une distance égale du centre. Une de ces plaques est garnie de trois fils qui sont disposés de la manière suivante : un fil double est placé dans le trou du milieu, et fixé, à l'aide d'un nœud, sur une des faces de la plaque, de manière à ce qu'il ne puisse pas s'échapper; un fil simple est placé dans chacun des autres et fixé de la même manière. Il est important de mettre des fils de différente couleur, pour ne pas être exposé à les confondre pendant l'opération. Ces trois fils sont fixés chacun à une aiguille; celle-ci, à l'aide d'un porte-aiguille, est portée dans le rectum, au-dessus de l'ouverture fistuleuse (c'est ordinairement l'aiguille du milieu qu'on porte à la première); l'aiguille traverse la paroi rectale, et est ensuite ramenée à l'extérieur; reprise de nouveau par le porte aiguille, elle vient traverser la paroi vaginale du bord inférieur de la fistule, toujours d'arrière en avant; le fil est ensuite ramené dans le vagin; les deux autres fils sont placés de la même manière que le précédent; quand ils sont ramenés tous trois dans le vagin, on pousse la plaque d'ivoire dans le rectum jusqu'au niveau de la fistule; les fils sont tirés de manière à la fixer exactement contre la paroi de l'intestin; cela fait, les trois fils sont passés dans les trous de la seconde plaque, le double dans celui du milieu; celle-ci est ensuite glissée le long des fils dans le vagin jusqu'au niveau de la fistule; le fil du milieu est ensuite dédoublé, et chacun de ces chefs est noué avec le fil latéral du côté correspondant; par ce moyen, la paroi rectale du bord supérieur de la fistule vient se placer dans l'épaisseur de la paroi recto-vaginale du bord inférieur; la compression exercée par les deux plaques maintient exactement les parties en place, et la présence de ces plaques empêche même le contact des matières avec les surfaces qui doivent se cicatriser.

L'autoplastie ordinaire n'a pas été ap-

pliquée, que nous sachions du moins. Cependant nous devons dire que M. Roux, dans ces cas, essaya de fermer l'ouverture vagino-rectale avec un petit lambeau qui flottait dans le vagin : l'opération n'eut aucun succès. « Les fistules de ce genre sembleraient cependant être plus favorables à l'application de l'autoplastie, que les fistules vésico-vaginales : la facilité plus grande de la manœuvre opératoire, à cause du calibre plus grand des conduits, la solidité des matières qui coulent par le rectum, la possibilité de les retenir plus longtemps, ou de les expulser artificiellement, en préservant de leur contact les surfaces malades, nous offrent des avantages incontestables : mais, d'un autre côté, la difficulté de tailler un lambeau dans une région convenable, la hauteur à laquelle on serait obligé quelquefois de la porter, peuvent être souvent des contre-indications à cette méthode ; néanmoins c'est une méthode à laquelle le chirurgien devrait avoir recours, lorsque des moyens plus simples, dont l'efficacité est mieux constatée, auraient été employés sans succès. » (Michon, *Thèse citée*, page 220 et suivantes.)

Incision. Cette opération a été appliquée aux fistules recto-vaginales dans des circonstances bien opposées. On l'a pratiquée pour guérir des trajets fistuleux qui sont à l'entrée de la vulve et très-rapprochés de l'anus. Ce sont là les fistules vulvo-rectales dont parle M. Vidal, et que ce praticien traite par la cautérisation avec la sonde cannelée dont la rigole est chargée de nitrate d'argent. Au reste, le chirurgien peut temporiser, car ces fistules n'entraînent pas l'incontinence des matières fécales. Mieux vaut souvent, surtout quand des procédés rationnels ont échoué, livrer les malades aux ressources de la nature. Cette détermination devrait être changée dans les cas de fistules étendues, lorsque les matières et les vents passent avec facilité par le vagin. Alors, quand déjà des opérations ont été essayées sans succès, on doit se demander si les malades devront être abandonnées.

Deux fois M. Ricord aurait réussi en procédant de la manière suivante : Une sonde cannelée est introduite par l'ouverture vaginale, et vient sortir par l'anus ; un bistouri glissé sur la sonde incise la totalité du périnée. Dans le premier cas, c'était chez une femme qui avait eu plusieurs enfants ; la distance de la fourchette à l'anus, chez elle, n'était pas grande ; elle guérit, dit-on, de manière à ce que l'anus se reforma en quelque sorte, retenant très-bien les vents et les matières fécales, et se trouva parfaitement séparé de l'anneau vulvaire par une cicatrice qui avait remplacé le périnée. Chez la deuxième femme, après avoir attendu le travail de la cicatrisation, et des efforts consécutifs du tissu inodulaire, tout ce qu'on pouvait en obtenir, on fut obligé de procéder à la suture du périnée qui aurait réussi, tandis que, chez la même femme, la suture de la fistule avait échoué à trois reprises différentes. De pareils résultats sont de nature à encourager et à porter à suivre, dans des cas semblables, l'exemple de ce chirurgien. Nous craignons que M. Michon, qui rapporte ces faits, ne se soit laissé induire en erreur et qu'il ne s'agisse plutôt ici de fistules vulvo-rectales que de fistules réellement recto-vaginales, ce qui est bien différent.

Voici un procédé qui ne se rapporte à aucune des trois méthodes adoptées et décrites. C'est donc une méthode nouvelle, qui aurait, elle aussi, ses procédés qui varieraient suivant les états des parties malades. Cette méthode a été pratiquée par le docteur Barton avec un succès complet. Voici la description du manuel opératoire : la fistule à opérer avait un trajet tortueux dans l'épaisseur de la paroi recto-vaginale ; ce trajet avait l'étendue de trois à quatre pouces. Un séton a été passé de l'orifice fistulaire-vaginal vers celui du rectum, et ramené par l'anus. Le trajet fistuleux avait été préalablement dilaté par des tentes. Le séton a séjourné pendant quelques jours, après lesquels son extrémité vaginale a été passée dans l'œil d'une sonde convenablement recourbée : celle-ci a été engagée dans le trajet fistuleux, et à un pouce environ de l'entrée vaginale, son bec ramené en bas du côté de l'anus ; une petite incision faite au-devant du sphincter, a servi pour aller chercher la sonde et ramener au dehors l'extrémité vaginale du séton à travers ce nouveau trajet ; au bout de quelques jours la

guérison fut complète du côté du vagin.

Mais comme cette opération est tout à fait inusitée, que l'observation dans laquelle elle est décrite est intéressante sous d'autres rapports, nous allons la traduire du texte même de M. Barton. Les lecteurs un peu sévères voudront aussi aller au fait même pour expliquer un si long trajet dans la fistule qui n'atteindrait que la cloison recto-vaginale.

Fistule recto-vaginale traitée par le séton. — Guérison.

Miss R..., de Virginie, âgée de vingt-deux ans, à la suite d'un voyage à Philadelphie, en juin 1835, ressentit tous les symptômes d'un abcès aigu dans les régions du rectum et du vagin. L'abcès s'ouvrit et laissa fluer une quantité considérable de matière; l'ouverture devint et resta fistuleuse pendant quatre ans, malgré un traitement général et local, par les injections, les tentes, les sétons, les caustiques, les incisions et les excisions. Elle vint à Philadelphie pour se faire traiter en mars 1839.

La fistule commençait à trois quarts de pouce environ de la lèvre du côté droit, suivait un trajet très-irrégulier vers le bassin et pénétrait dans le rectum à peu près à trois ou quatre pouces de l'orifice du vagin. A travers le sinus, il s'écoulait des matières en quantité suffisante pour tenir continuellement humides les parties génitales. Cette voie donnait également issue aux gaz.

La nature réelle et l'étendue de ce sinus passant ainsi d'une cavité à l'autre, et établissant entre elles une communication, offraient un cas difficile pour le mode de traitement. Il était évident que la maladie devait être traitée en tenant compte de l'altération du rectum, d'après les mêmes principes qui nous dirigent dans la guérison de la fistule à l'anus; c'était en effet un cas tout à fait analogue modifié par la participation du vagin.

Le sinus ne pouvait cependant pas être embrassé par un séton, et ulcéré, ni être ouvert, comme on le fait habituellement dans la fistule à l'anus ordinaire, sans détruire le périnée, et réunir ces deux cavités en une seule. C'était mettre des parties dans un état plus fâcheux qu'auparavant. Le devoir du chirurgien était donc tout tracé; il fallait ou abandonner la malade avec son infirmité, ou adapter une opération au cas particulier. Ce dernier parti fut heureusement suivi. On introduisit une tente pendant quelques jours dans le but de dilater le sinus, et d'en rendre le cours moins tortueux. Un séton fut ensuite placé avec une sonde dans le sinus par le vagin; il traversa toute la fistule, pénétra dans le rectum, et fut ensuite ramené par l'anus. Craignant qu'il ne vînt à sortir, on en lia les deux extrémités. Quelques jours après, l'anse fut coupée, et le bout du séton qui traversait le vagin fut passé dans l'œil d'une sonde préalablement courbée à son autre extrémité. On introduisit alors cette sonde par l'orifice du vagin, jusqu'à un pouce et demi environ dans le sinus; la pointe en fut ramenée vers le périnée, précisément au dehors du sphincter de l'anus. Là une incision petite et profonde fut pratiquée, on passa au travers la sonde qui ramena avec elle l'extrémité du séton.

Ainsi, au lieu de sortir par le vagin, comme auparavant, le séton venait de l'intestin, parcourait seulement une partie du sinus, et descendait par la nouvelle ouverture qui avait été faite pour lui. Les deux extrémités furent liées ensemble, formant ainsi une anse qui embrassait les parties comprises entre la surface extérieure du sphincter de l'anus et du rectum. De temps en temps on le resserra afin de détruire par l'ulcération les parties, comme on le pratique dans la fistule à l'anus opérée par la ligature. Aussitôt que, par ces moyens, le conduit nouveau et direct fut fait, et eut atteint une étendue plus large que celui qui pénétrait dans le vagin, les matières du rectum abandonnèrent cette portion du trajet qui se rendait dans le vagin pour suivre la voie tracée par le séton. C'était exactement le but que je me proposais par cette opération, pensant bien que, si je pouvais établir un passage plus libre et plus direct pour l'écoulement des fluides du rectum que celui par le vagin, le sinus ouvrant dans cette cavité se refermerait naturellement, et s'oblitérerait d'une manière permanente. Mes opinions furent justifiées, car, bien avant que le séton eût coupé les par-

ties, la portion vaginale du sinus était fermée, et l'intégrité de cet organe rétablie. Je n'avais plus maintenant qu'à poursuivre le traitement de ce cas, comme j'aurais à le faire s'il s'agissait d'une simple fistule à l'anus, en serrant chaque jour la ligature que je coupai bientôt avec la petite portion de parties qu'elle embrassait. En peu de jours la guérison fut complète, et aujourd'hui j'ai le plaisir de voir cette malade guérie sans difformité d'une fistule recto-vaginale existant à une période peu avancée de la vie, et avec un ensemble de circonstances que l'on rencontre rarement. (*The American Journal*, page 305, août 1840.)

M. Barton, dans la description qu'il donne de la fistule, ne précise pas d'une manière assez exacte le siége de l'ouverture qui correspond aux parties génitales. Il nous laisse donc dans le doute sur la question de savoir s'il a eu affaire à une fistule vulvaire ou vaginale proprement dite. Nous avons déjà fait cette remarque pour des fistules que M. Michon nous donnait comme réellement recto-vaginales et que nous croyons, quant à nous, vulvo-rectales. Le procédé ne doit pas moins être conservé, car, s'il a pu convenir à une fistule vulvaire très-rapprochée du vagin, il pourrait être également appliqué lorsque l'ouverture est située à une certaine hauteur dans ce conduit.

§ 3. — Fistules intestino-vaginales.

Les fistules intestino-vaginales sont les conséquences d'une perforation simultanée du vagin et d'un intestin autre que le rectum. Elles sont très-rares et peuvent survenir à la suite d'un accouchement laborieux comme les fistules que nous venons de passer en revue. M. Roux a rapporté à l'Académie de médecine, au mois d'avril 1828, un fait qui tendrait à prouver qu'après un accouchement il se forma une de ces fistules qui atteignait en même temps le vagin et l'intestin grêle. M. Casamayor a publié un autre fait qui a été inséré dans le tome IV du Journal hebdomadaire. Ici le chirurgien est dans la triste alternative d'abandonner les malades à elles-mêmes ou de pratiquer une opération difficile dont les résultats sont très-douteux et dont les suites peuvent être on ne peut plus dangereuses. Cette opération a été pratiquée par ces deux chirurgiens, de différente manière. Pour faire connaître les procédés qu'ils ont employés, nous transcrirons en détail leurs observations; elles pourront servir à créer l'histoire des fistules vagino-intestinales qui ont été si rarement observées, qu'il est impossible, d'après les faits, de s'élever à quelques généralités.

Observation de M. Roux. Une femme de vingt-six ans, à la suite d'un accouchement laborieux, était restée avec un anus contre nature, qui perforait l'intestin grêle, et s'ouvrait à la partie supérieure du vagin; des matières chymeuses, à demi-digérées, sortaient par cette voie. M. Roux se décidant à opérer cette femme qui maigrissait à vue d'œil, ouvre l'abdomen au moyen d'une incision faite entre l'ombilic et le pubis, et va à la recherche de l'intestin perforé; mais, ayant négligé de placer une sonde dans l'intestin par l'anus artificiel, ou au moins dans le rectum par l'anus, il ne parvient à le trouver qu'avec difficulté; il en saisit enfin le bout supérieur et le coupe; mais, prenant ce bout supérieur pour l'inférieur, il cherche le bout supérieur afin de l'invaginer dans le premier, et commettant une nouvelle erreur, il saisit l'S du colon, qui, à raison de sa vacuité, était fort grêle, et l'invagina dans le bout de l'intestin grêle précédemment divisé: des points de suture fixèrent les bouts de l'intestin, qui ensuite furent réduits. La malade succomba après trente-six heures, et l'ouverture du cadavre fit connaître les erreurs qu'on avait commises. Si la malade avait guéri, l'opération se serait trouvée inutile, car les matières jetées par le bout supérieur de l'intestin grêle dans le colon auraient remonté cet intestin en sens inverse, et seraient venues sortir dans le vagin par le bout inférieur de l'intestin grêle qui n'avait pas été trouvé. (*Arch. gén. de médecine*, tome VII, page 300.) La *Gazette des hôpitaux* fut la première à publier ce fait, dans lequel on trouve une des plus graves erreurs chirurgicales qui aient été commises. Quand le public eut appris, par la *Gazette des hôpitaux*, ce fait extraordinaire, M. Roux, dit M. Michon,

crut de son devoir et de sa loyauté de le faire connaître.

Nous ne croyons pas qu'on soit tenté de suivre l'exemple de M. Roux, même en évitant l'erreur commise par ce chirurgien. « Malgré les ressources nouvelles que pourraient offrir les procédés de suture intestinale proposés dans ces derniers temps, je pense qu'il vaut mieux laisser les malades avec une infirmité qui ne compromet pas immédiatement leurs jours, que de les exposer à tous les accidents d'une péritonite intense, conséquence probable d'une opération qui pourrait d'ailleurs être rendue très-laborieuse et même impraticable, par des adhérences établies entre l'anse intestinale et le vagin. » (Michon.)

Passons à une observation bien plus importante, bien plus détaillée, et qui, bien que fort extraordinaire sur certains points, mérite cependant toute l'attention des chirurgiens, car ici se trouve une application fort ingénieuse de l'idée qui a présidé à la cure radicale de l'anus contre nature telle que l'entendait Dupuytren.

Observation de M. Casamayor. Une malade avait eu un accouchement laborieux avec rupture du vagin. Une anse considérable de l'intestin grêle s'était engagée dans cette solution de continuité. Cet intestin se gangrena sur son point le plus déclive, et donna passage aux matières fécales. La malade crut y remédier en appliquant le plus haut possible sur l'intestin une ligature : la constriction ainsi exercée détermina la mortification et la chute de la portion extra-vaginale de l'intestin, et il resta une ouverture par laquelle les matières fécales sortirent en grande quantité ; il ne s'en échappait qu'à de rares intervalles par l'anus. M. Casamayor crut d'abord plus convenable d'abandonner la maladie à elle-même ; mais, examinant avec soin, il reconnut, à l'aide de deux doigts introduits, l'un dans le rectum, l'autre dans l'ouverture accidentelle, que l'intestin grêle et le rectum étaient en contact dans une assez grande étendue ; il eut donc l'heureuse idée de mettre à profit cette circonstance favorable, et d'établir une communication entre ces deux portions de l'intestin. Mais laissons parler M. Casamayor lui-même :

« En établissant une communication entre l'iléon et le rectum, à un pouce et demi au-dessus de l'ouverture entéro-vaginale, où elle me paraissait praticable, j'avais l'espoir que les matières fécales, rencontrant, avant d'arriver à cette dernière, une ouverture assez large pour leur permettre d'y passer librement, se jetteraient par là dans le rectum, et qu'ainsi l'anus contre nature, cessant de leur livrer passage, se rétrécirait et finirait par s'oblitérer.

» Je sentis que, pour parvenir sûrement à mon but, je devais, avant tout, mettre parfaitement en contact les parois correspondantes des deux intestins, puis, y provoquer une inflammation adhésive, et enfin en emporter une portion plus grande que l'anus contre nature.

» La compression, exercée graduellement sur les parois intestinales, m'ayant paru propre à remplir ces conditions, j'eus recours à ce moyen. Je me servis, pour la pratiquer, d'une pince d'acier à branches séparées : cette pince avait dix pouces et demi de longueur ; ses branches, que je distinguais en mâle et femelle, étaient cylindriques, du diamètre d'une grosse plume à écrire, et courbes dans les trois quarts environ de leur étendue ; elles se regardaient par leur concavité et laissaient ainsi entre elles un vide oblong d'à peu près huit pouces de longueur, et d'un pouce et quart de largeur dans leur plus grand écartement ; elles se terminaient insensiblement, d'un côté, par un mors à face plane, ovalaire, sillonnée en travers, dont les diamètres avaient, le grand, qui était, suivant la longueur de l'instrument, huit lignes, et le petit, ou transversal, quatre ; et de l'autre, par un prolongement droit, long d'environ deux pouces et demi, aplati de dedans en dehors, ayant trois lignes d'épaisseur sur cinq de largeur. Le prolongement de la branche femelle présentait, dans le sens de sa longueur, trois trous placés à huit lignes l'un de l'autre, qui étaient destinés à recevoir trois clous fixés aux parties correspondantes du prolongement de la branche mâle.

» A un pouce du prolongement, les deux branches offraient, au centre d'un renflement, la branche femelle, un trou,

et la branche mâle, un écrou, par où passait une vis qui servait à les rapprocher et à graduer la compression : les mors de la pince étaient recouverts d'une peau fine, ainsi que la partie des branches comprises entre eux et la vis.

» Le 21 avril, la malade fut privée de toutes sortes d'aliments ; je ne lui permis de prendre pour boisson que de l'eau d'orge et de citron, et l'on fit plusieurs fois dans la journée des injections émollientes dans le vagin. Le lendemain, à neuf heures du matin, je procédai de la manière suivante à l'application de l'instrument. La malade était en supination, placée en travers sur son lit, la partie supérieure du corps un peu plus élevée que le bassin, celui-ci sur le bord, et en partie hors du lit, les cuisses écartées, et, dans la flexion, maintenues ainsi par deux aides : après avoir fait quelques injections huileuses dans le vagin et enduit la pince de cérat, j'introduisis la branche femelle, tenue de la main droite par son prolongement, et conduite, par l'index de la gauche, dans l'iléon, jusqu'à un pouce au-dessus de l'anus contre nature. Cette branche étant placée, je la confiai à un aide. Je portai ensuite la branche mâle, saisie aussi par son prolongement, mais avec la main gauche, le long de l'index de la droite, dans le rectum, à la hauteur de l'endroit occupé dans l'iléon par le mors de la branche femelle. Cela fait, j'assemblai les branches de l'instrument, et les remis à l'aide pour les maintenir réunies et fermement en place. Ayant alors, afin de m'assurer de l'état des choses à l'intérieur, introduit les doigts indicateurs, l'un dans l'iléon, et l'autre dans le rectum, je reconnus que les mors de la pince étaient, dans ces intestins, placés plus d'un pouce au-dessus de l'ouverture entéro-vaginale, qu'ils se correspondaient exactement, et qu'ils n'embrassaient que la paroi de l'iléon et du rectum, le cordon charnu qui séparait ces parties l'une de l'autre ayant été chassé à gauche. Satisfait de cela, je serrai la pince jusqu'à ce que la malade témoignât de la douleur. L'instrument fut assujetti au moyen d'un bandage en T. On remit la malade au milieu de son lit, dans une position telle que les épaules se trouvaient un peu plus élevées que le bassin, la tête fléchie sur la poitrine, et les membres inférieurs écartés et dans la demi-flexion. Je lui recommandai de garder attentivement cette attitude jusqu'à l'enlèvement de la pince, de s'abstenir durant ce temps de tout aliment, et de ne prendre pour boisson que de l'eau de gomme. Il se manifesta dans la journée quelques phénomènes spasmodiques, de nature à ne causer aucune inquiétude. Dans la nuit, ces accidents disparurent, et il se montra à leur place plusieurs signes d'inflammation du canal digestif et de la partie inférieure du péritoine. La douleur, produite dans la partie comprimée des parois de l'iléon et du rectum, arriva vers la fin de la nuit à son plus haut degré d'intensité, et ne fut pas cependant aussi vive qu'on aurait pu le craindre. Le lendemain, l'instrument fut serré autant que possible sans exalter la douleur. Je prescrivis une saignée de trois palettes et des fomentations sur le ventre, avec une forte décoction de mauves et de pavots. Le 25 avril, la douleur, qui avait occupé la moitié inférieure de l'abdomen, s'était retirée dans le bassin et concentrée à l'endroit où elle avait pris naissance. Elle ne tourmentait la malade que lorsque celle-ci toussait ou opérait quelque mouvement.

» La fièvre et les accidents consécutifs de l'inflammation occasionnée dans les parois de l'iléon et du rectum par la compression, avaient presque entièrement disparu. Un écoulement de matières bilieuses, muqueuses et purulentes, avait lieu le long des branches de la pince par le vagin et le rectum. La malade avait dormi une grande partie de la nuit et demandait des aliments. Le 26, elle était gaie et avait passé une bonne nuit; elle se plaignait qu'on la laissait mourir de faim. La fièvre avait cessé, et le pus qui s'écoulait par le vagin et le rectum était plus abondant et consistant que la veille. J'enlevai alors l'instrument, en même temps j'emportai la partie comprimée des deux intestins qui se trouvait collée au mors de la branche mâle. Cette portion des parois intestinales avait l'étendue et la forme de la face du mors; elle était fort mince, compacte, élastique, d'un blanc

jaunâtre, et formée par deux feuillets juxtaposés. »

Les selles se rétablirent bientôt par l'anus; l'ouverture fistuleuse s'était considérablement rétrécie, et M. Casamayor se disposait à l'oblitérer par une nouvelle opération, au moment où la malade fut prise de pneumonie et succomba. (*Journal hebdomadaire.*) Cette opération a son principe dans la méthode de Dupuytren pour la cure des anus contre nature. « Elle mérite qu'on la prenne en considération, et cette observation aurait la plus grande valeur pour la science et pour la pratique, si elle était suivie de la description de l'autopsie. Nous aurions voulu savoir en effet ce que l'anatomie pathologique a appris sur la maladie qui a tué la malade et sur les nouveaux rapports, les nouvelles adhérences qui sont formées par suite de l'application de la pince de M. Casamayor.

» D'ailleurs, cet instrument ne sera pas praticable dans tous les cas, car elle suppose, pour son succès, un rapport très-étendu entre l'intestin grêle ouvert et le rectum; on ne se décidera donc à l'application de l'instrument que si, comme M. Casamayor, on a bien constaté, à l'aide de deux doigts introduits, l'un dans le rectum, l'autre dans l'ouverture accidentelle, la possibilité de l'opération. On voit enfin, qu'ici comme dans beaucoup de cas d'anus contre nature placés à l'extérieur, on peut ne pas obtenir une guérison complète, puisqu'une fistule étroite avait persisté, et qu'ainsi l'on doit compter plutôt sur une amélioration que sur une guérison réelle. » (Michon, *Thèse citée*, page 237.)

§ 4. — Fistules péritonéo-vaginales.

Quand, à la suite de la rupture d'un ulcère, ou d'une solution de continuité quelconque d'une partie du vagin qui correspond à la cavité abdominale, il n'y a point de solution de continuité de l'intestin, mais seulement division du péritoine, il y a alors communication entre cette poche séreuse et le canal vagino-utérin; et si cette communication persiste, il y a une véritable fistule péritonéo-vaginale. Ces faits sont extrêmement rares. L'histoire de ces fistules ne peut donc pas être faite. Il convient alors de publier les observations avec leurs détails. En voici une que nous croyons importante à connaître.

Après un premier accouchement très-long et très-laborieux, on trouva chez une femme une déchirure du vagin qui donnait passage à une portion d'intestin trop volumineuse pour empêcher la conception, car la malade eut encore six enfants. Un pessaire fut appliqué, dont la compression donna lieu à une rétention d'urine; alors la femme se décida à entrer à l'hôpital de Londres. Pour extraire le pessaire, on fit une opération à la suite de laquelle l'ouverture vaginale s'agrandit; et depuis cette époque, on vit sortir par la vulve, quand la femme était debout, une masse d'intestin qui prenait le volume de la tête d'un enfant, quand on ne la maintenait pas avec un bandage. M. Stanley aurait voulu rafraîchir les bords de la fistule, afin d'obtenir l'adhésion, ou du moins une grande diminution de l'ouverture. Cette femme ne voulut jamais y consentir et demanda son *exeat.* (Stanley, *The Lancet*, 1839-1840, t. I, p. 248.)

Comment donner des règles précises pour le traitement d'une affection aussi rare? que peuvent faire le décubitus dorsal et le pessaire, quand il s'agit d'oblitérer une pareille fistule? aussi mieux vaut l'abandonner aux forces de l'organisme, ou si on veut faire quelque chose, on imiterait le procédé que M. Stanley voulait appliquer sur cette malade. On aviverait les bords de la solution de continuité, et on les réunirait par plusieurs points de suture, après avoir réduit les intestins.

§ 5. — Fistules vaginales communiquant avec des cavités accidentelles.

Les abcès et les kystes de la vulve peuvent s'ouvrir dans le vagin, et donner lieu à une fistule du genre de celles que l'on appelle borgnes internes. Ces fistules peuvent aussi s'ouvrir à la fois et à l'extérieur et dans le vagin, ce qui est fort rare. Le kyste ou l'abcès pourrait aussi décoller en haut le vagin sans s'y ouvrir, et produire une fistule borgne externe.

« Si une fistule vaginale borgne exis-

tait, et qu'elle eût résisté à la compression, aux injections astringentes, etc., etc., on devrait chercher à introduire dans le trajet un stylet droit, ou mieux un stylet coudé, que l'on ferait cheminer de haut en bas, de manière à faire pénétrer dans le foyer de l'abcès qui forme le fond de la fistule, inciser avec le bistouri la partie la plus déclive, et former ainsi une fistule complète que l'on incisera sur la sonde cannelée. Pour le pansement, on introduira une mèche dans le vagin, et l'on se comportera comme dans la fistule à l'anus. » (Michon.) On pourrait ici préférer la cautérisation de M. Vidal, que nous avons plusieurs fois décrite.

On a vu quelquefois des abcès de la fosse iliaque s'ouvrir dans le vagin et donner lieu à une autre variété de fistules. Plusieurs cas de ce genre sont rapportés dans un mémoire sur les phlegmons de la fosse iliaque par M. Ménière (*Archives de médecine*, 1828). Mais si ces fistules ne peuvent guérir spontanément, il serait imprudent de tenter une opération. Dans les grossesses extra-utérines, des kystes contenant un fœtus s'ouvrent quelquefois dans le vagin, et une vraie parturition a lieu par cette voie anormale. Si cette voie persiste, il y a réellement fistule vaginale. Les observations de ce genre sont rares; une des plus remarquables est celle de M. Colmar, de Norwich.

Observation. Depuis quatre mois, une femme avait dépassé le terme habituel de la grossesse; elle perdit pendant la nuit une quantité considérable de sang d'une horrible fétidité. On voulut pratiquer le toucher, et on introduisit le doigt dans une cavité bien distincte du col de l'utérus; on sentit la tête de l'enfant. Pendant plusieurs jours il sortit par cette ouverture une des portions de la tête, puis le fœtus presque entier. L'ouverture se rétrécit peu à peu; cependant on constata ensuite qu'elle donnait passage à des matières fécales. Il y avait donc communication avec l'intestin grêle. Il y avait donc là une grave complication; cependant on espérait la guérison spontanée de la fistule, quand l'observation fut imprimée (*Med. Journ.*, tome II, p. 263).

Nous ne croyons pas prudent ni rationnel de conseiller des opérations dans les cas de fistules de ce genre, de même que dans celles qui sont consécutives à l'ouverture d'un kyste de l'ovaire dans le vagin : à part les dangers, ce serait vouloir oblitérer la seule voie par laquelle s'écoulent à l'extérieur les liquides purulents ou autres, sécrétés dans la cavité du kyste. Si celui-ci se rétracte, revient sur lui-même, s'il cesse de sécréter, alors la fistule se fermera d'elle-même, et toute opération est inutile.

« Il est des fistules désignées sous le nom de périnéo-vaginales, qui établissent une communication entre le vagin et l'extérieur, sortes de fistules complètes, dont l'un des orifices est au périnée, l'autre dans le vagin. Elles sont consécutives à un accouchement qui s'est opéré par une déchirure centrale du périnée. Un bon nombre d'observations rassemblées, en grande partie, dans la dernière édition des leçons orales de Dupuytren, montrent de la manière la plus évidente la possibilité de cette déchirure. Dans le plus grand nombre de ces observations, la cicatrisation ne s'est pas fait attendre plus de six semaines ou deux mois : mais il peut arriver aussi qu'il y ait à leur suite une fistule périnéo-vaginale. On trouve dans le journal de Siebold (1828) une observation de ce genre publiée par Marter : la femme accoucha à travers une rupture cruciale du périnée qui n'intéressait ni le rectum, ni la vulve; le placenta, les lochies, et, plus tard, les menstrues, sortirent par cette ouverture, devenue fistuleuse, qui au bout de deux ans n'était pas encore cicatrisée.

» Si la rupture centrale du périnée a lieu quelquefois, les fistules périnéo-vaginales sont extrêmement rares, puisque, dans la majorité des cas, la cicatrisation a lieu rapidement; si cependant elle existait, comme chez la femme de Marter, l'on pourrait y remédier par des injections irritantes dans le trajet, par la cautérisation, et par la compression exercée par le vagin et par le rectum, comme on le fait pour les fistules recto-vaginales; et si tout cela ne suffisait pas, il serait alors indiqué de fendre d'arrière en avant, sur une sonde cannelée, tout le trajet fistuleux, et de se conduire, pour le pansement, comme dans les fistules à

l'anus. » (Michon, *Thèse de concours*, plusieurs fois citée, p. 241 et suiv.)

ARTICLE XII.

Indurations et rétrécissements du vagin.

Ces deux états pathologiques marchent presque toujours ensemble. Les auteurs offrent peu de détails sur ce sujet, qui n'a pu encore être traité d'une manière générale ; et il n'est guère possible, avec les données scientifiques que nous possédons, de traiter à part les indurations simples de celles qui sont syphilitiques ou squirrheuses.

Causes. En les considérant dans leur ensemble, on trouve que ces maladies sont plus fréquentes vers la quarantième année. M. Lisfranc dit qu'elles sont plus fréquentes après l'âge dit critique. Le même auteur dit les avoir observées deux fois seulement sur des femmes de vingt-cinq et de trente ans. Il est bien entendu qu'il n'est pas question alors des indurations syphilitiques, car, à cet âge, elles sont assez fréquentes. « Les jeunes filles qui se livrent à la masturbation déchirent souvent l'hymen, et montrent légèrement indurées les parties voisines de la grande circonférence de cette membrane. » (Lisfranc, *Clinique de la Pitié*, tome II, page 168.)

Les causes qui peuvent produire les engorgements sur d'autres points de l'organisme peuvent déterminer celui du vagin, mais il en est qui agissent sur ce canal d'une manière plus directe, plus spéciale ; ce sont : la masturbation, l'action de corps durs, volumineux, des cicatrices froissées par le coït, ou irritées par le contact prolongé des humeurs plus ou moins âcres venant de la matrice ou même d'un point élevé du vagin. Si on touche une femme qui excite souvent les organes de la génération par des moyens artificiels, le doigt explorateur introduit dans l'orifice inférieur du canal utéro-vulvaire trouve sa face interne lisse et remarquablement polie : on dirait que la membrane muqueuse tannée offre déjà un degré d'épaississement, un commencement d'induration dont les progrès sont plus tard manifestes.

Effets des indurations. Quelle que soit la cause de la maladie, il y a plus ou moins de rétrécissement du vagin, sa souplesse étant diminuée, il est moins dilatable, comme d'ailleurs cela se remarque chez les sujets d'un certain âge ; l'action des corps étrangers ne tarde pas à faire naître des douleurs : bientôt ils sont difficilement introduits ; alors, surtout si on y met de l'insistance ou un peu de violence, ces corps doivent produire des déchirures qui peuvent déterminer ou bien augmenter une phlegmasie. Ainsi ils ne concourent pas peu à aggraver la maladie qui avait déjà été constatée par le toucher. Parfois l'épaississement commence sur des points limités situés à une assez grande hauteur, et même autour du col utérin ; ceci doit nous engager, lorsque nous faisons des explorations, à parcourir méthodiquement toute la face interne du vagin. Sans cela des erreurs pourront être commises : le mal s'accroît ; bientôt il est au-dessus de toutes les ressources de l'art. Il est d'autant plus dangereux, qu'il se développe quelquefois d'une manière latente : aucun écoulement en effet ne l'accompagne, et le coït n'est pas toujours douloureux. Les femmes ne viennent ordinairement consulter que fort tard. Assez souvent cependant on voit, dès le début de l'affection morbide, des pertes blanches abondantes ; elles doivent donner l'éveil au chirurgien. Les douleurs, les cuissons, le prurit, l'augmentation de chaleur, qui heureusement se font éprouver de bonne heure dans un assez grand nombre de circonstances, sont des indices d'un travail pathologique qui peut tourner à l'endurcissement. Si on suit bien sa marche, on voit que peu à peu le vagin se resserre davantage. Le rétrécissement est rarement porté au même degré partout : le doigt pénètre d'abord avec difficulté ; plus tard son introduction n'est plus permise. M. Lisfranc dit avoir vu quelques cas dans lesquels la capacité de l'organe était complétement effacée. Une thérapeutique bien dirigée peut résoudre des indurations récentes et simples. On conçoit, au contraire, que tous les moyens échoueraient si l'induration du canal utéro-vulvaire était formée par une dégénérescence maligne, carcinomateuse ou squirrheuse.

« Parlerai-je des anomalies menstruelles, de la rétention des règles, des autres écoulements anormaux plus ou moins abondants et fétides, de la perforation du rectum, de celle de la vessie, de l'engorgement des ganglions lymphatiques voisins, qui est d'ailleurs fort rare, de l'envahissement de l'utérus et de la vulve, de l'influence du cancer sur l'exercice des fonctions et sur l'ensemble de la constitution? On conçoit trop la possibilité de tous ces accidents; ils ne sont malheureusement pas rares; l'observation les montre souvent, et bientôt un événement funeste arrive. Nous ferons remarquer que les indurations simples du vagin, les squirrhes et les carcinomes de cet organe marchent ordinairement avec lenteur; presque tous les cancers de ce genre que j'ai rencontrés ont été sans douleur ou n'en ont fait éprouver que d'assez légères, et encore ne sont-elles survenues, dans la plupart des cas, que vers la terminaison malheureuse de la maladie. » (Lisfranc, tome II, p. 471.)

Diagnostic. Ce que nous avons déjà dit des difficultés de traiter à part des diverses espèces d'indurations du vagin, devait faire pressentir les difficultés du diagnostic quand il s'agit d'établir la nature de l'induration de cet organe.

On croit que l'engorgement est simple, quand il présente une consistance modérée, quand il n'est pas inégal, et quand il est peu ancien. S'il présente les caractères opposés, on est porté à admettre l'état squirrheux. Si après avoir offert la consistance extrême de ce dernier état, c'est-à-dire de l'état squirrheux, l'endurcissement offre une mollesse marquée; s'il s'ulcère, et que par la solution de continuité s'écoule une humeur ichoreuse, fétide, on peut considérer le cancer comme établi. D'ailleurs, l'obscurité du diagnostic de ces engorgements n'étonnera pas, si on considère que, même à l'autopsie, il est difficile d'établir des différences tranchées.

Comme les canaux organiques, comme l'urètre, comme l'œsophage, le vagin peut se rétrécir à la suite d'une inflammation qui persiste plus ou moins; à la suite d'une plaie ou d'un ulcère: à mesure que les parois de ce canal reviennent sur elles-mêmes, elles s'épaississent, elles acquièrent une consistance qu'elles n'avaient pas dans l'état naturel. Il se forme quelquefois dans le vagin des cloisons transversales, espèces de diaphragmes plus ou moins complets: cette forme de rétrécissement, l'absence d'inégalités sur le point malade, le peu d'épaisseur de ce dernier comparé à la grande diminution de capacité du vagin, suffisent pour faire rejeter l'idée d'un squirrhe. Cette distinction est essentielle en pratique; car si on incisait des tissus squirrheux, le cancer se développerait avec une incroyable rapidité.

Traitement. « S'il s'agit, dit M. Lisfranc, d'une coarctation simple; si, en d'autres termes, les tissus n'ont pas dégénéré, on porte sur le doigt indicateur un bistouri boutonné, à l'aide duquel on divise le rétrécissement à droite et à gauche, afin de ménager la vessie et le rectum. » (Débridement multiple de M. Vidal.) Les coarctations qui sont le résultat de cicatrices dont la base est un tissu inodulaire, ces rétrécissements doivent être très-difficiles à guérir. Cependant, s'ils siégent à la partie inférieure du vagin, là on peut opérer de manière à extirper tout le tissu inodulaire; les chances d'une guérison radicale sont plus nombreuses.

« Dans la crainte bien fondée de produire une inflammation qui pourrait devenir très-dangereuse, on attend cinq ou six jours avant de mettre en usage les corps dilatants; mais, tous les matins, on détruit les cicatrices qui peuvent s'être formées; elles sont récentes et tendres, il est facile de les déchirer: des mèches, dont le volume graduellement augmenté devient très-considérable, sont placées dans le vagin qu'elles dilatent et auquel elles peuvent rendre presque sa largeur ordinaire; on examine de temps en temps la plaie à l'aide du spéculum; au besoin, on la touche avec le nitrate d'argent fondu. En cautérisant souvent et assez énergiquement, on combat victorieusement les brides de cicatrisation qui commencent à se former. Avant de s'opposer à la récidive du rétrécissement après la formation de la cicatrice, qui, on le sait, se resserre à mesure qu'elle se confectionne mieux, on continue pendant six mois environ l'usage permanent des

moyens de dilatation, parmi lesquels on compte les grosses bougies de cire ou de gomme élastique. Plus tard, on emploie encore ces moyens tous les deux ou trois jours, par surcroît de précaution : ainsi l'on peut réussir.

» Il est des engorgements du vagin qu'une subinflammation et rarement une inflammation aiguë accompagne; il en est d'autres qui n'offrent aucun symptôme de phlegmasie : elle peut être latente. Pour combattre l'état inflammatoire aigu, on a recours à tout l'appareil des moyens antiphlogistiques : on emploie les injections émollientes presque froides, si elles ne produisent pas de douleurs; on renonce aux bains de siége, qui congestionnent presque toujours les organes situés dans le bassin : nous l'avons déjà dit ailleurs, nous nous expliquerons bientôt encore sur ce point important de thérapeutique. L'inconvénient que nous venons de signaler nous fait rejeter l'application des sangsues, même en grande quantité, faite autour de la cavité pelvienne; nous préférons la saignée générale pratiquée au bras : suivant les indications, on la répète plus ou moins souvent; elle est spoliative ou résolutive. Les bains généraux chauds à l'eau de son, le lavement entier presque froid, conviennent beaucoup; on administre deux ou trois fois par jour un quart de ce dernier remède ; il est à la même température; il n'est pas rendu : l'on y ajoute six ou huit gouttes de laudanum de Sydenham, lorsqu'il existe des douleurs : la malade prend des boissons délayantes; elle est soumise au régime exigé par les phlegmasies intenses. » (Lisfranc, tome II, page 475 et suiv.)

Le régime se compose de lait, de fruits, de légumes, de poissons, d'œufs frais; les viandes blanches conviennent assez. On permet l'eau rougie et quelquefois de l'eau de Seltz. Il faut d'abord diminuer l'alimentation ordinaire d'un quart, on retranche ensuite un tiers, et enfin la moitié.

M. Lisfranc administre à l'intérieur l'iodure de potassium ou le muriate de baryte.

Si on a affaire à une malade dont l'engorgement n'offre aucun symptôme de subinflammation, on peut supposer qu'une phlegmasie latente existe; les premiers moyens thérapeutiques seront tels qu'on les emploierait si cette phlegmasie compliquait la maladie. On insiste sur ces moyens, ou bien on les rejette, suivant qu'ils réussissent ou qu'ils échouent.

L'engorgement qui est dit non inflammatoire devra être traité de la manière suivante : on administre l'iodure de potassium à l'intérieur, et l'iodure de plomb en pommade à l'extérieur; on en fait des frictions sur le périnée, sur la partie interne et supérieure des cuisses. On tente avec avantage les douches simples en arrosoir, et presque froides, sur la vulve et autour d'elle; après, des douches ascendantes et à jet assez énergique pourront avoir un bon effet. Quand déjà ces parties ont contracté une certaine habitude des douches, on les administre dans le canal vulvo-utérin même. Les eaux de Plombières, de Baréges, peuvent avantageusement remplacer les premières douches.

On traite ensuite la maladie comme un rétrécissement; comme tel il nécessite l'emploi des mèches, dont les diamètres sont progressivement augmentés et que l'on oint avec du cérat simple ou des onguents, dont la composition est en rapport avec la nature de la maladie qu'on veut traiter. Ce traitement chirurgical ou topique devra être surveillé, car s'il irritait trop, il ferait renaître l'état inflammatoire; on le suspendrait immédiatement : la suspension de ces moyens est loin de suffire constamment. On voit, en effet assez souvent les accidents persister; on a recours alors aux antiphlogistiques. La phlegmasie disparaît presque toujours avec assez de facilité : au bout de peu de jours on revient alors aux moyens qu'on n'avait fait qu'ajourner. C'est ici qu'il faut surtout recommander le commémoratif : s'il laisse quelque doute dans l'esprit, s'il y a le moindre soupçon de vérole, employez le spécifique. Plus souvent qu'on ne pense le principe vénérien influence la marche, le développement de ces maladies du vagin, quand il n'en constitue pas l'essence même. Plus le repos sera absolu dans la position presque horizontale,

plus vous aurez de chances de guérison, surtout s'il existe une inflammation aiguë. Les femmes faibles et lymphatiques ont besoin d'un régime tonique et non excitant. Nous terminerons cet article par une observation dans laquelle on constate l'influence de certaines manœuvres sur les maladies que nous décrivons, et dans laquelle on pourra constater l'application de la thérapeutique enseignée par M. Lisfranc.

Madame B.... employait des moyens artificiels pour exciter ses organes génitaux; des indurations se manifestèrent sur les parois de la partie inférieure du vagin: l'introduction des corps étrangers, d'abord douloureuse, devint bientôt intolérable; quelques fissures se développèrent.

La maladie, abandonnée à elle-même pendant assez longtemps, fit des progrès; elle remonta à la hauteur de six centimètres environ (deux pouces) dans l'intérieur du vagin, dont elle avait diminué la capacité au moins d'un tiers. Il existait un écoulement blanc très-abondant; l'exercice et la station sur les tubérosités ischiatiques n'étaient pas douloureuses: à moins qu'on ne dilatât le canal, la malade ne souffrait point; elle était pléthorique et d'une excellente constitution; elle avait atteint sa quarantième année; elle n'avait jamais eu la syphilis.

Je pratiquai au bras une saignée de trois cent soixante grammes (douze onces): je prescrivis des bains entiers chauds; je tins le ventre libre à l'aide de lavements presque froids; j'appliquai sur les fissures le proto-nitrate acide liquide d'hydrargyre; je répétai la cautérisation tous les huit jours environ, en respectant les époques menstruelles qui étaient normales; ce moyen produisit quelquefois trop d'inflammation: je fis au bras des saignées dérivatives de cent vingt grammes (quatre onces); j'insistai sur les émollients locaux et généraux; la phlegmasie disparut. Les solutions de continuité furent cicatrisées en six semaines, et déjà les indurations avaient beaucoup diminué.

J'administrai alors l'iodure de potassium à l'intérieur: je mis en usage des mèches enduites de cérat; elles n'occasionnèrent aucun accident; j'augmentai graduellement leur volume; je les remplaçai par des canules en gomme élastique: la maladie offrit une grande diminution: le vagin avait déjà recouvré sa capacité ordinaire; ses parois, redevenues presque normales, présentaient seulement çà et là quelques plaques indurées; je continuai les mêmes moyens: l'écoulement blanc cessa complétement; six mois suffirent pour obtenir une entière guérison. (Lisfranc, *Clinique chirurgicale*, t. II, p. 467.)

ARTICLE XIII.

Tumeurs chroniques du vagin.

Après avoir étudié les indurations du vagin avec plus ou moins de rétrécissement, passons à l'examen des lésions de nutrition analogues à celles-ci, et qui produisent de vraies tumeurs, qui obstruent aussi plus ou moins le vagin. « Des kystes, des tumeurs se rapprochant des tumeurs fibreuses peuvent être rencontrés dans l'épaisseur de leurs parois; mais alors c'est presque toujours dans le bassin que naissent les tumeurs; elles n'arrivent au vagin qu'en s'étendant ou en se développant: ce sont les parois latérales du vagin qu'elles soulèvent. Il n'est pas rare alors de les voir arriver jusqu'à la vulve pour se placer dans l'épaisseur des grandes lèvres. Ces tumeurs peuvent être confondues avec des hernies; aussi, avant d'entreprendre une opération sur elles, devra-t-on se livrer à des explorations très-minutieuses pour s'assurer si ces tumeurs ne changent pas de volume par la position horizontale, si une pression méthodique, le taxis, ne les réduit pas, si les efforts ne les font pas ressortir davantage, etc. On devra, dans tous les cas de tumeurs du vagin, vider la vessie, vider le rectum, et on observera ce qui se passe du côté de la tumeur quand l'urine et les matières fécales ont été évacuées.» (Vidal, *Path. ext.*, tome v, page 756.) Nous commencerons par les tumeurs qui naissent non dans le vagin, mais dans le voisinage, et qui, par leur développement, envahissent le vagin et l'obstruent, comme celles qui sont nées dans les tissus appartenant tout à fait à ce canal. L'histoire de

ces tumeurs est loin d'être avancée, aussi serons-nous obligé de rapporter les observations peu nombreuses, mais assez authentiques pour pouvoir un jour établir des dogmes sur ce point important de pathologie.

§ 1er. — Kystes séreux.

L'auteur que nous venons de citer dit avoir vu un kyste dans la paroi vésico-vaginale; il était séreux, on aurait pu le prendre pour une hernie de la vessie. Il était assez volumineux pour apparaître à la vulve, et on pouvait sentir la fluctuation. La tumeur restait la même quand M. Vidal évacuait l'urine par le cathétérisme. L'opération fit sortir un liquide analogue à celui de l'hydrocèle. Il y eut reproduction de la tumeur avant un mois; cependant le liquide n'est plus revenu après la deuxième ponction.

§ 2. — Lipomes.

Les accumulations de graisse sont rares autour du vagin. L'observation la plus remarquable que nous connaissions est celle-ci : nous l'empruntons à Pelletan :

Lipome situé entre le vagin et le rectum. « Une femme âgée de quarante ans vint me trouver dans le courant de l'année 1805; elle portait, depuis deux ans, une tumeur qui, prenant de jour en jour un accroissement plus considérable, sortait de la vulve et remplissait l'intervalle des grandes lèvres; sa forme était allongée; elle avait huit pouces de longueur : la partie inférieure en était globuleuse et voisine du rectum. La malade n'en aurait éprouvé aucune douleur, s'il n'y avait eu trois ou quatre ulcérations à la partie la plus inférieure de la tumeur; mais elle était en butte à des pertes blanches très-abondantes, et à des règles si considérables, qu'il n'y avait que peu d'intervalle entre leurs époques. Ces accidents avaient réduit la malade à un état de faiblesse extrême. Un examen attentif fit voir que le vagin enveloppait cette tumeur; qu'il était sain, libre sur elle, et pouvait en être détaché en le pinçant entre les doigts. La tumeur elle-même parut mobile dans toute son étendue; elle était souple sans mollesse, et on la pétrissait sans causer de douleur; les taches ulcérées de sa partie inférieure en étaient la seule complication; mais elles avaient peu d'étendue. Je prononçai que la maladie était un lipome placé entre le vagin et le rectum : en effet, on le poussait fortement au dehors avec un doigt introduit dans cet intestin. On fendit le vagin depuis l'ulcération de la partie inférieure de la tumeur jusqu'à son sommet. Une spatule ou un doigt introduit entre la tumeur et son enveloppe, servit à en rompre les adhérences, qui étaient faites par un tissu cellulaire léger, la tumeur isolée se présenta au dehors; on acheva de la séparer d'avec le voisinage du rectum, en se servant d'une lame peu tranchante, avec laquelle on rompit plutôt qu'on ne coupa le tissu cellulaire. La tumeur séparée, on reconnut un lipome. Il se faisait une effusion de sang continue, et qui causait de l'inquiétude, quoiqu'elle ne fût point en jet, ni de couleur du sang artériel. Pour se tranquilliser de ce côté, moins encore que pour rapprocher les parois du foyer d'où venait d'être extraite une tumeur volumineuse, le vagin fut rempli de charpie, qu'on n'ôta que le cinquième jour. Il est probable que, dès ce moment, la réunion fut complète, car il ne se forma pas sensiblement de pus. La malade eut ses règles aux époques et à la quantité convenable et naturelle, les pertes blanches ont cessé graduellement et la santé s'est rétablie parfaitement. » (Pelletan, *Clinique chirurgicale*, tome I pages 203 et suiv.)

§ 3. — Tumeurs fibreuses.

L'observation que nous venons de citer avait trait à une tumeur rare aux parties génitales; les tumeurs fibreuses y sont plus fréquentes, mais à la place où était celle-ci, et avec ce volume elles sont encore assez peu observées.

Grosse tumeur fibreuse située entre le vagin et la vessie. « Une femme, âgée de trente-deux ans, ayant l'apparence de la plus belle santé, et mère de quatre enfants, portait une tumeur qui faisait saillie dans le côté droit du vagin. Comme elle n'en éprouvait aucune incommodité, elle ne consulta personne. Cette tumeur ayant pris un accroissement inquiétant dans le cours d'une année,

cette femme s'adressa à diverses personnes de l'art, qui reconnurent bien la maladie en elle-même, mais furent intimidés par le siége qu'elle occupait. J'avais été consulté des premiers; reconnaissant que cette tumeur était mobile, que la femme la poussait au dehors par le plus léger effort, je m'assurai aussi que le vagin qui la couvrait était sain et n'y adhérait que par un tissu cellulaire très-lâche. Je proposai d'en faire l'excision. La femme garda encore sa tumeur pendant deux ans. Cependant elle acquit un volume considérable; elle formait un globe qui avait environ six pouces de diamètre. Son poids appuyait sur le rectum, et, d'autre part, elle comprimait la vessie de manière à gêner la sortie des urines et des matières fécales. La malade parvenait encore à la pousser au dehors : alors on pouvait la retenir en l'accrochant avec deux doigts, et l'on s'assurait à loisir de la mobilité du vagin sur cette tumeur, comme on était convaincu qu'elle n'adhérait aux environs de la vessie que par un tissu cellulaire très-extensible. Elle refoulait la matrice à gauche et en haut du bassin. La femme s'étant enfin décidée à subir l'opération, on y procéda de la manière suivante : placée sur le bord de son lit, dans la position propre à l'opération de la taille, les cuisses et les jambes fléchies furent tenues de chaque côté par un aide. Alors on engagea la malade à pousser la tumeur; on la fit retenir par un aide, qui porta deux doigts derrière elle. On fit une incision au vagin sur toute la longueur de la tumeur. On disséqua le tissu cellulaire qui unissait la tumeur au vagin. Cette dissection fut faite dans toute l'étendue que l'instrument put parcourir. Arrivé à la partie postérieure, on éprouva une grande facilité à rompre le tissu cellulaire avec le doigt. Avant d'achever de séparer cette tumeur de son sac, je voulus voir de quelle nature elle était; je reconnus qu'elle était très-dense et formée d'un tissu fibreux. Me persuadant alors qu'elle devait recevoir de gros vaisseaux pour sa nourriture, et que ces vaisseaux occupaient nécessairement la partie supérieure de la tumeur, qui était celle que je n'avais pas encore séparée, je passai un fil composé autour du tissu cellulaire qui couronnait la tumeur. La ligature faite, on acheva de séparer la tumeur : cette opération fut simple, peu douloureuse. Un écoulement de sang assez abondant, et dont la couleur rouge causait de l'inquiétude, me détermina à introduire dans le vagin une quantité de charpie suffisante pour rapprocher et comprimer les parois du foyer qui renfermait la tumeur. La charpie ne fut extraite que huit jours après l'opération; la suppuration fut à peine sensible, et la guérison fut complète en moins d'un mois.

» La tumeur était d'une grande densité; elle semblait formée tout entière d'une membrane cellulaire très-compacte et pesait environ trois onces. Réduite à la plus parfaite dessiccation spontanée et sans pourriture, elle pèse six gros, et par conséquent a perdu les trois quarts de son poids, quoique nous ayons observé que la substance était solide. La femme était d'un tempérament éminemment lymphatique, grasse et blanche, sans couleur; elle portait au cou des cicatrices qui annonçaient d'anciennes tumeurs lymphatiques, et elle venait de perdre un enfant d'un vice scrofuleux qui avait déterminé des dépôts et la carie du bassin et d'une articulation coxo-fémorale. Toutes ces circonstances n'empêchaient pas qu'on ne dût la débarrasser de la tumeur si la chose était jugée possible. On a vu sur quels caractères j'ai reconnu cette possibilité, et l'événement a justifié le diagnostic que j'ai établi. » (Pelletan, *Clinique chirurgicale*, tome I, pages 227 et suiv.)

§ 4. — Tumeurs de mauvaise nature.

Certaines tumeurs peuvent être considérées comme appartenant au vagin et au rectum, parce qu'elles font saillie dans les deux canaux et vont quelquefois même comprimer la vessie et l'urètre. Ainsi les faits suivants se trouvent rapportés dans la thèse de concours de M. Vidal. (Thèse sur le *cancer du rectum*.)

« M. Sonnié, dit M. Vidal, a présenté à la Société anatomique, une tumeur portée par une femme qu'il avait examinée avant sa mort. Le ténesme était fréquent. Après beaucoup d'efforts, sortait par l'anus une petite quantité de matières mêlées de glaires. L'émission

des urines est également difficile et douloureuse. Le périnée est saillant. Le doigt porté dans le vagin ne sent pas le col de l'utérus, mais rencontre, à peu de distance, sur la paroi postérieure une tumeur à surface lisse et arrondie. »

Dans le *Journal des Connaissances médico-chirurgicales*, on trouve l'observation d'une tumeur située entre le rectum et le vagin. Mais, on a constaté qu'elle était plus prononcée du côté de ce dernier canal ; là, la muqueuse se trouvait adhérente sur des points, et usée sur d'autres, tandis que du côté du rectum cette membrane avait conservé sa mobilité. On conçoit qu'ici l'extirpation pouvait être faite du côté du vagin, en respectant au moins la membrane muqueuse du rectum, en évitant enfin une perforation de la cloison recto-vaginale. Malheureusement l'opérateur ne put parvenir à éviter cet accident.

D'autres fois, la tumeur plus voisine du rectum et de l'anus peut permettre une extirpation sans lésion du vagin. Ainsi, dernièrement, M. Roux a extirpé une tumeur cancéreuse grosse comme une pomme d'api; elle était située à la partie inférieure et antérieure du rectum. Par une dissection habile, cet opérateur a pu respecter le vagin, le laisser intact. (Communiqué à M. Vidal, par M. Roux.)

Voici une observation qui appartient à cette catégorie et qui aurait pu être rangée dans celle qui va suivre avant l'autopsie; ce sont, en effet, des prolongements d'une tumeur du bassin qui ont été pris pour des polypes. « Une femme de quarante-cinq ans, d'une mauvaise constitution, et qui avait été presque toujours malade, entra à la maison de santé pour y être opérée d'une tumeur qui se montrait à la vulve, et qui avait été reconnue pour un polype. M. Dubois le pensa aussi et en fit la ligature. Le tissu de cette tumeur était fibreux, blanc, élastique. Quelques jours après la chute de cette excroissance, à l'occasion d'efforts de vomissement, il se montra à la vulve une nouvelle tumeur qui était enveloppée par la paroi postérieure du vagin, à travers laquelle elle faisait hernie. Elle était si élastique, que l'on craignit qu'elle ne fût produite par une anse d'intestin, ou une portion d'épiploon, et on y appliqua une ligature peu serrée d'abord, se réservant de l'enlever si elle déterminait des accidents. Il n'y en eut point, et la tumeur fut coupée par la ligature. Enfin, il en parut une troisième, semblable aux précédentes, et la malade mourut.

» A l'autopsie, on vit que ces productions étaient des prolongements d'une énorme tumeur fibro-celluleuse développée dans le bassin. Il y avait deux ouvertures à la paroi postérieure du vagin, dans les points qui avaient été coupés par les ligatures et qui ne s'étaient pas réunis par inflammation adhésive. Il y avait sur cette même femme beaucoup d'autres altérations, mais qui ne sont pas de notre sujet, et que nous ne pouvons rapporter, quoique cette observation soit des plus intéressantes. » (Madame Boivin et Dugès, tome 1, page 582.) Analysée par M. Gerdy, *Traité des Polypes*, page 55.

§ 5. Polypes du vagin. Végétations.

Ces tumeurs peuvent naître sur tous les points du vagin. Elles sont presque toujours arrondies et portées tantôt sur un pédicule étroit, ce sont les véritables polypes, tantôt sur une large base, ces tumeurs ne sont pas toujours des polypes. Quand elles sont petites, ces tumeurs ne déterminent pas d'accidents ; mais quand elles ont acquis un grand volume, par la compression qu'elles exercent sur les parties molles environnantes, elles donnent lieu à des accidents analogues à ceux que nous aurons à signaler pour les polypes utérins. Alors elles peuvent aussi s'échapper de la vulve et devenir visibles au dehors.

« En général, dit M. Gerdy, les polypes n'empêchent pas l'écoulement régulier des menstrues; mais ils donnent eux-mêmes lieu à un écoulement plus ou moins abondant, et d'une odeur plus ou moins forte. Nous n'en connaissons point d'exemple où ils aient présenté les symptômes du cancer.

» Ils peuvent, en entraînant après eux une partie de la circonférence du vagin, produire un renversement général ou partiel de ce conduit; déterminer la formation d'un cul-de-sac à l'extérieur du vagin ou du côté du péritoine, de telle

sorte que, suivant la hauteur à laquelle ils s'insèrent, soit la cloison recto-vaginale, soit le péritoine, peuvent se trouver compris ainsi dans un prolongement qui forme le pédicule de la tumeur. Des viscères même, les intestins ou la vessie, pourraient se trouver engagés dans l'intérieur de ce pédicule creux, et être compris dans une ligature que l'on porterait sur sa base ou dans une excision que l'on y pratiquerait. » (*Traité des Polypes.*)

Nous citerons une observation complète qui établit la possibilité de cet accident. Ces polypes peuvent être confondus avec des hernies vaginales ou par le renversement du vagin; mais, si on a lu avec attention ce que nous avons déjà dit sur ces tumeurs, on les en distinguera. Nous rapporterons une observation empruntée à madame Boivin, dans laquelle une grosse tumeur du bassin avait envoyé dans le vagin des prolongements qui y faisaient hernie, et qui avaient été pris pour des polypes de cet organe : dans ce cas, l'erreur était inévitable.

« Le pronostic des polypes, selon M. Gerdy, est en général peu grave, à cause de la facilité qu'ils offrent aux opérations de la chirurgie. Le traitement est à peu près le même que celui des polypes utérins. » (Gerdy, *Traité des Polypes*, page 174.)

Polypes. Quelquefois le polype du vagin a une autre insertion à la matrice. En voici un exemple, mais on verra que l'insertion vaginale est bien plus considérable, ce qui fait que nous plaçons ce polype ici au lieu d'en parler quand il sera question des maladies de la matrice.

Une femme, âgée de quarante-huit ans, entra à la Pitié. Une tumeur rougeâtre, plus volumineuse que le poing, paraissait à la vulve qu'elle remplissait. Le doigt introduit le long de la paroi antérieure du vagin, rencontrait un pédicule arrondi qui semblait passer à un orifice circulaire, large et d'une mollesse comparable à celle du col de l'utérus pendant l'accouchement. La paroi postérieure du vagin s'était ulcérée, avait contracté des adhérences avec le polype. Une ligature fut passée et serrée autour du pédicule utérin. A la visite suivante, la tumeur répandait une odeur fétide; sa surface était livide, surtout en avant. Son pédicule utérin fut coupé avec le bistouri, au-dessous de la ligature; il ne s'écoula que quelques gouttes de sang. Pour achever de détacher la tumeur, il fallut appliquer les mêmes moyens à la portion beaucoup plus large insérée à la partie postérieure du vagin. Mais cette partie pouvait avoir été entraînée en bas par le poids du polype, et il était à craindre qu'on ne la plaçât sur la cloison recto-vaginale. L'exploration du rectum n'ayant fait reconnaître aucune déviation de sa paroi antérieure, on plaça une ligature dans un sillon fait avec le bistouri. La tumeur devint noire. Une sanie grisâtre s'écoulait en grande quantité par le vagin, quand on déplaçait latéralement le polype qui y retenait cette matière. On détacha la tumeur en l'excisant au-dessous de la ligature. Il ne s'écoula pas de sang. La tumeur enlevée était arrondie, avait près de six pouces de diamètre dans tous les sens. La surface de la dernière section qu'on y avait pratiquée était blanche; la tumeur, dans ce point et dans les parties voisines, était dure et offrait un peu l'aspect des corps fibreux de l'utérus. Dans le reste de son étendue, elle était composée d'un tissu mou, mais tenace, d'une rougeur foncée. La malade, épuisée par les hémorrhagies antérieures, mourut.

Le pédicule primitif de la tumeur s'insérait au fond de l'utérus. La portion restante était cylindrique, longue de deux pouces et grosse comme le petit doigt. Elle était dure et se continuait avec le tissu de l'utérus dont elle semblait avoir la texture. L'utérus était un peu dilaté, plus mou aux environs du col, dont la cavité se continuait sans interruption avec celle du vagin qui était très-ample. La partie supérieure et postérieure de celui-ci donnait naissance au deuxième pédicule qui était encore embrassé par la ligature. La portion du vagin que le péritoine tapisse en arrière avait été entraînée par le polype. Le sillon circulaire, fait par le bistouri, avait été tracé sur la membrane muqueuse du vagin au niveau de ses adhérences avec le polype. Le péritoine descendait dans un enfoncement infundibuliforme dont le sommet s'enga-

geait un peu sous la ligature ; l'excision pratiquée un peu plus haut eût fait communiquer le vagin avec la cavité abdominale. (Obs. de M. Bérard, *Arch. gén. de méd.*, t. II, p. 88.)

Cette observation devra être méditée par les praticiens ; elle apprend de quelle importance est l'étude des rapports du vagin avec le péritoine dans le traitement chirurgical et les précautions qu'il faut prendre, qu'on pratique soit la ligature seule, soit la ligature préparatoire à l'excision, et surtout l'excision sans ligature. Ces précautions ne seront pas observées quand le polype s'insérera à la partie supérieure du vagin : alors il vaudrait mieux n'aller pas jusqu'à enlever complétement et du premier coup la racine. On pourrait la détruire plus tard par des cautérisations faites avec ménagement. Nous allons transcrire une observation qui fait bien transition entre les vrais polypes du vagin et les végétations qu'il nous reste à décrire. En effet on verra, à n'en pas douter, qu'il existait un vrai polype, et avec lui des végétations.

Le 25 mai 1825, est entrée à la maison de santé mademoiselle Des...., âgée de trente ans, née et élevée à Paris, et qui, depuis deux ans que sa santé était délabrée, habitait la campagne où elle espérait se rétablir. Quoique vivant depuis longtemps en femme mariée, mademoiselle Des.... n'eut jamais d'enfants, ni d'affection vénérienne. Mais depuis environ trois ans, il lui était survenu des flueurs blanches très-abondantes, plutôt séreuses que puriformes. Cet écoulement avait successivement augmenté ; il était parvenu au point d'obliger la malade de se garnir de linges comme à l'époque de ses règles. L'excrétion sanguine avait diminué en proportion de l'accroissement de la leucorrhée. Depuis plusieurs années, l'acte vénérien était constamment accompagné ou suivi d'une émission sanguine assez abondante. Cet acte n'était devenu douloureux que depuis quelques mois seulement. La malade, sujette à la constipation, n'allait à la selle qu'à l'aide de lavements. Déjà elle avait essayé d'injections astringentes et d'un traitement intérieur sans avantage marqué.

Jamais elle n'avait eu d'embonpoint, nous dit-elle, mais elle s'apercevait bien qu'elle maigrissait beaucoup depuis un an. Le teint était d'un jaune paille, les cheveux très-noirs, les yeux d'un brun foncé, la sclérotique très-bleue ; l'examen des parties génitales me fit reconnaître, à un pouce de l'entrée du vagin, un polype puriforme d'environ dix lignes de longueur, et de quatre à cinq lignes de diamètre à sa base. Plus loin, également sur la paroi postérieure du vagin, je distinguai une surface granulée qui donnait du sang sous la compression ; au delà, et comme dans un enfoncement, je trouvai le museau de tanche un peu plus mou que d'ordinaire, à surface lisse et du volume naturel.

En portant le doigt dans le rectum, on découvrit une tumeur volumineuse, à surface inégale, qui nous parut formée par l'agglomération des annexes de l'utérus.

L'application du spéculum du côté du vagin nous a fait voir que le polype était d'un blanc rosé, et que la paroi postérieure du vagin était parsemée de granulations semblables à des œufs de carpe pour la disposition, le volume et la couleur.

Désolée qu'on ne lui fît aucun traitement, cette fille alla consulter le professeur Dupuytren, qui lui donna l'assurance de la guérir promptement au moyen de la cautérisation de ces parties.

Elle sortit de la maison le dixième jour de son entrée pour s'établir dans un hôtel garni et recevoir les soins du professeur cité. Nous regrettons de n'avoir point eu des renseignements depuis sur l'état de cette malade, qui avait promis de nous revoir. (Madame Boivin.)

Végétations du vagin. Un des plus beaux exemples que nous connaissions de ces végétations a été publié par M. Lisfranc. On remarquera la gravité de ces maladies, les difficultés presque insurmontables de les guérir, ce qui doit faire penser que, dans le plus grand nombre des cas, du moins, elles ne sont pas vénériennes.

« Nous avons été récemment consultés, MM. Récamier, Fouquier et moi, par une dame dont le vagin était hérissé de tubercules volumineux adossés les uns

aux autres; ils offraient des ulcérations; ils oblitéraient presque complétement le canal dont ils occupaient toute l'étendue, et dans le fond duquel le col de la matrice était parfaitement sain. La présence de la tumeur fatiguait la vessie et gênait ses fonctions : la défécation était douloureuse et difficile; la maladie avait envahi la paroi antérieure du rectum. Madame *** souffrait peu : un écoulement sanieux, léger, existait; la menstruation ne présentait aucune anomalie; la santé générale était assez bonne, l'appétit excellent: le canal intestinal exécutait bien ses fonctions; aucune altération de viscères ne se montrait; aucun ganglion lymphatique n'était engorgé; cependant les progrès locaux de la maladie, son étendue en surface et en profondeur la rendent essentiellement incurable : nous avons tous partagé cette opinion déjà émise par le médecin ordinaire de la malade.» (*Clinique chirurgicale de la Pitié*, tome II.)

Voici des observations empruntées à Dugès et à madame Boivin, qui prouvent de nouveau la multiplicité de ces végétations et l'embarras du praticien pour le traitement.

« Mademoiselle Aug...., âgée de vingt-quatre ans, perdait depuis deux mois une assez forte quantité de sang à chaque rapprochement sexuel; dans l'intervalle, un écoulement séreux inondait presque continuellement ses vêtements : toutefois, cette fille, grande et forte, n'en paraissait pas très-fatiguée. Le toucher nous fit reconnaître une excroissance granulée qui occupait toute la longueur du vagin du côté gauche jusqu'au museau de tanche, qui était sain et même un peu plus petit qu'à l'ordinaire.

» Impatiente de ne recevoir aucun secours efficace, la malade nous quitta dès le huitième jour après son entrée à la maison de santé. »

Avec les végétations nous avons déjà vu un polype véritable; des brides aussi peuvent coïncider avec ces végétations. Ceci est prouvé par l'exemple suivant, qui est un fait confirmatif de ce que nous avons avancé sur la gravité et presque l'incurabilité de cette maladie. On conçoit en effet qu'une, deux ou trois tumeurs, naissant des parois du vagin puissent à la rigueur être complétement enlevées et avec succès; mais quand tout le vagin en est semé, quand à peine il y a trace de membrane muqueuse, les difficultés sont insurmontables. « Une femme de trente-huit ans, sujette depuis quelque temps à des métrorrhagies abondantes et à des douleurs très-vives dans les cuisses et dans le vagin, nous offrit dans ce canal une foule de végétations fongueuses, entremêlées de brides qui rendaient l'exploration difficile et très-douloureuse, en raison de l'extrême sensibilité des parties. Le museau de tanche était en partie caché par ces brides, qui s'entre-croisaient en tous sens. C'est ce qu'on reconnaissait mieux en portant le doigt dans l'anus et explorant les parties à travers la paroi antérieure du rectum. Cette femme avait eu beaucoup de chagrins, éprouvé récemment surtout beaucoup de fatigues; mais c'est à une fausse-couche du terme de quatre mois et demi qu'elle faisait remonter principalement l'origine de ses incommodités. Toutefois, elle avait eu auparavant plusieurs enfants et portait dans l'hypocondre droit une tumeur mobile, du volume de la tête d'un fœtus à terme, et que nous attribuâmes à un état morbide de l'ovaire de ce côté. La maladie devait être fort ancienne; elle n'offrait pas d'indications bien franches, et cette femme, à qui on ne dissimula point la vérité, ne fit pas, à la maison, un séjour plus prolongé que les deux précédentes.» (*Traité pratique des maladies de l'utérus*, tome II, page 619.)

L'observation suivante, empruntée de nouveau à M. Lisfranc, contient des règles importantes sur l'extirpation des tumeurs du vagin.

« Une femme, couchée à l'hôpital de la Pitié, portait à l'orifice inférieur du vagin trois tumeurs, du volume environ du doigt médius; elles étaient très-douloureuses, rouges, enflammées et légèrement excoriées. La malade n'avait jamais eu la vérole : l'exercice, la station sur les tubérosités ischiatiques étaient insupportables.

» Les antiphlogistiques, auxquels je fis succéder les fondants, suivant l'indication, échouèrent; la cautérisation eut le même sort. J'enlevai ces tumeurs, et je guéris.

» On a la mauvaise habitude, lorsqu'on opère des tubercules, des végétations, des indurations peu volumineuses et circonscrites, situés sur la vulve, autour de l'orifice inférieur du rectum ou du vagin, ou bien sur les parois de cet orifice, de couper à ras la membrane muqueuse : souvent on les extirpe incomplétement; elles repullulent alors avec rapidité; elles exigent ensuite une opération grave; elles deviennent quelquefois incurables. J'en ai disséqué un grand nombre sur les cadavres dont je me servais dans mes cours de médecine opératoire : je me suis convaincu que très-fréquemment elles pénétraient à une assez grande profondeur, qu'elles projetaient au loin des racines dont le nombre et le volume offraient beaucoup de variétés.

» Je conseille de saisir ces tumeurs avec une érigne, de pratiquer autour d'elles deux incisions semi-lunaires, se réunissant par leurs extrémités, de disséquer lentement, de toucher pour s'assurer de l'existence des prolongements dont je viens de parler, et pour les poursuivre jusque dans leurs derniers retranchements. » (*Loc. cit.*)

M. Lisfranc aurait dû recommander de bien distinguer ici les cas où les tumeurs sont voisines de la vulve, de ceux où elles sont voisines du col utérin. Pour les premières en effet on ne craint rien en cherchant à les déraciner complétement; mais quand leur insertion, leur naissance est élevée, on doit craindre, en creusant trop, d'ouvrir le péritoine.

ARTICLE XIV.

Ulcères du Vagin.

Les ulcères du vagin sont rares comme tous les ulcères des canaux de l'économie. Cependant ici ils sont moins rares qu'à l'urètre; c'est peut-être parce que dans ce dernier canal il est plus difficile de les constater. Mais, à tout prendre, ce seraient les ulcères syphilitiques qui seraient plus fréquents à l'urètre, si on voulait adopter les idées de M. Ricord sur l'origine de la blennorrhagie virulente; tandis qu'au vagin on a les ulcères syphilitiques et des ulcères tenant à d'autres vices. Ce n'est pas ici le lieu de faire l'histoire des ulcères syphilitiques du vagin; quant aux autres ulcères, leur histoire n'est pas même commencée. Nous reproduirons ce qui a été émis dans les diverses cliniques chirurgicales.

L'ulcère, qui complique les engorgements anciens du vagin, a les caractères qu'on observe sur les autres membranes muqueuses. La confusion qu'on a souvent faite entre l'ulcère simple et l'ulcère syphilitique, se représente encore ici. Cette confusion est surtout favorisée par le commémoratif, qui est quelquefois de la plus grande obscurité. C'est alors qu'on fait usage du traitement anti-syphilitique comme pierre de touche. Mais toutes les ulcérations syphilitiques ne sont pas avantageusement modifiées par le mercure, et ce métal modifie quelquefois très-bien des ulcérations qui n'ont rien de vénérien. Ce qui paraît le mieux prouvé, c'est que les ulcérations cancéreuses se trouvent fort mal du mercure.

Le siége le plus fréquent de ces ulcères est à l'orifice du vagin. C'est là en effet que sont ordinairement les indurations qui précèdent ces ulcères ou qui les compliquent. Des circonstances de profondeur, de largeur, d'épaisseur de leurs bords, des circonstances de nombre, de couleur font varier extraordinairement ces ulcères.

S'ils sont simples et qu'on les attaque de bonne heure, ils guérissent ordinairement. Leur ancienneté, leur étendue et surtout la diathèse qui les complique, établissent nécessairement des différences dans le pronostic.

Le toucher, et surtout le spéculum, seront employés pour compléter le diagnostic; sans spéculum, on peut voir les ulcères situés un peu bas. Priez la femme de se livrer à des efforts comme si elle voulait aller à la garde-robe; écartez les grandes et les petites lèvres, et vous voyez les ulcères les plus inférieurs. Pour les autres, situés plus haut, vous introduisez les indicateurs dans le vagin; vous les fléchissez légèrement et vous exercez sur ce canal, de haut en bas et de dedans en dehors, des pressions et des tractions. De là un renversement de la muqueuse vaginale, qui découvre à l'œil des ulcérations assez élevées.

« Si elles sont cancéreuses, si la cautérisation n'a pas dû être tentée ou si elle a échoué, on peut alors les enlever en ménageant le rectum par une dissection soignée.

» Une tumeur, un ulcère de mauvaise nature, exigent une opération : la crainte d'une fistule recto-vaginale doit-elle arrêter l'opération? Entre la mort et une incommodité plus ou moins dégoûtante, le choix est bientôt fait : il faut opérer; on suit la même conduite, quand la maladie qui occupe toute l'épaisseur du vagin et du rectum remonte très-haut, et quand elle s'étend même sur le périnée : il en résulte, il est vrai, un véritable cloaque, une incontinence de matières stercorales, à laquelle on remédie difficilement; mais l'expérience a démontré que les malades pouvaient guérir : cette considération l'emporte sur toutes les autres. L'un de nos confrères les plus distingués, M. Baumés, chirurgien en chef de l'hospice de l'Antiquaille de Lyon, a enlevé avec succès une grande étendue de la cloison recto-vaginale; j'ai pratiqué quelquefois cette ablation : en général elle a réussi.

» Si les ulcérations simples qui siégent sur les engorgements de même nature ne se cicatrisent pas, on les surveille attentivement, dans la crainte qu'elles n'augmentent; on les cautérise légèrement, tous les huit jours environ, avec le protonitrate acide liquide de mercure; mais il faut que la subinflammation ait été calmée : on suit d'ailleurs les principes que nous indiquerons en traitant des ulcérations du col de l'utérus.

» Les ulcères du vagin peuvent exister sans engorgement bien appréciable; en général alors, on les touche de préférence avec le nitrate d'argent fondu.

» Lorsque leur cicatrisation fait craindre le rétrécissement du vagin, on emploie les corps dilatants destinés à s'y opposer. Ces ulcères occasionnent souvent des écoulements abondants et des inflammations plus ou moins vives : ils sont quelquefois très-douloureux : on emploie pour les combattre les injections émollientes, les narcotiques et les autres moyens antiphlogistiques.

» Lorsqu'ils siégent à la partie supérieure du vagin, qu'ils résistent à la cautérisation, qu'ils font des progrès, que leur physionomie est douteuse ou cancéreuse, on croit qu'ils sont incurables : je saisis alors le col utérin avec une érigne de Muzeux; j'abaisse le plus possible; je fais écarter les grandes et les petites lèvres; au besoin un aide introduit ses doigts indicateur et médius dans l'orifice inférieur du canal utéro-vulvaire qu'ils élargissent : je vois l'ulcère; je mesure jusqu'à un certain point la profondeur de l'engorgement qui l'entoure; s'il me paraît assez superficiel, je le dissèque soigneusement afin d'éviter les organes importants qui l'avoisinent, et je l'enlève; si au contraire je crois qu'il s'étend trop loin, je n'opère pas. J'ai prouvé par un très-grand nombre de faits que l'action des érignes appliquées sur le museau de tanche qu'on ne reséquait pas, avait toujours été innocente jusqu'à ce jour. L'opération que je viens de décrire a été couronnée d'un plein succès dans la plupart des cas; l'idée m'en a été fournie par les recherches que j'ai faites sur les cancers superficiels qu'on croyait profonds. » (Lisfranc, *Clinique chirurgicale,* tome II, page 471.)

ARTICLE XV.

Cancer du vagin.

Nous mentionnons cet article seulement pour marquer la place de l'histoire du cancer du vagin; mais cette histoire n'est pas encore faite. On trouvera quelques-uns de ses éléments dans les articles précédents : *Indurations*, *Végétations*, *Ulcérations*, *Tumeurs du Vagin;* mais ce qui a rapport au cancer qui appartient primitivement au vagin est si peu distinct, si peu caractérisé, si mal décrit par les auteurs, que nous n'osons entreprendre une description générale. Si on veut savoir où on en est sur ce point, il n'y a qu'à consulter les livres où on s'est le plus occupé des dégénérescences. Voyez l'article si remarquable de Bayle dans le grand *Dictionnaire des Sciences médicales*, voici tout ce que vous y trouverez sur le cancer du vagin : « La partie supérieure du vagin participe assez ordinairement à l'ulcération du col de l'utérus. Le reste de ce canal est quelquefois

épais et revêtu à l'intérieur d'une fausse membrane qui s'en détache avec facilité. D'autres fois la membrane muqueuse est sèche et noirâtre, rugueuse et comme grillée. » (Article *Cancer*, tome III, page 596.) On voit que Bayle veut parler du cancer non primitif du vagin, mais du cancer successif, de celui qui ayant pris origine au col de l'utérus s'étend au vagin. Il en est de même du cancer des autres parties qui ont des rapports étroits avec le vagin. Ainsi le cancer du rectum, celui de la vessie, de l'urètre, celui de la vulve, se propagent plus ou moins promptement vers le vagin. Dans les deux volumes que le neveu de Bayle a publiés après la mort de celui-ci, dans deux énormes volumes on ne trouve pas le moindre article sur le cancer primitif du vagin. Madame Boivin et Dugès se taisent également à ce sujet. Nous imiterons leur silence, seulement nous recommanderons la lecture des articles précédents, dans lesquels sont des faits qui un jour pourraient être utiles à l'histoire du cancer dont il s'agit, surtout si des faits analogues et plus complets venaient à être bien observés.

2° Maladies de l'utérus et de ses annexes.

Nous allons étudier ici les maladies du corps de l'utérus sans exclusion cependant de celles du col de cet organe. Mais ce col et les ovaires offrent des maladies qui leur sont propres; maladies qui ont donné lieu, surtout celles du col, à des travaux nombreux et importants : nous reprendrons en sous-ordre les maladies de ces parties de l'utérus, et nous les étudierons ensuite séparément.

Dans l'état actuel de la science sur les maladies de l'utérus, nous devons commencer l'étude de celles-ci par l'exposition des procédés à l'aide desquels on obtient les signes dits physiques. Le praticien une fois en possession de ces moyens, et sachant les manier, parviendra plus facilement à établir un bon diagnostic, ce qui est de la plus haute importance pour la malade et pour la réputation du chirurgien lui-même.

Après l'exposition de ces procédés, nous ferons un article qui contiendra une collection nombreuse d'erreurs de diagnostic. Nous savons qu'à la rigueur l'ordre logique voudrait que ces faits fussent disséminés dans les différents points de ce chapitre, où il sera question du diagnostic des différentes maladies de l'utérus; mais par leur dissémination ils n'auraient pas produit le même effet qu'ils produiront en masse; et, comme c'est par les moyens physiques d'investigation que presque toutes ces erreurs se dissipent, il n'est pas mauvais de les placer immédiatement après l'exposition de ces moyens pour engager les jeunes praticiens à les revoir, à apprendre à les manier. D'ailleurs ces faits seront rappelés, s'il le faut, plus tard. Enfin, s'il nous fallait une autorité pour nous étayer, nous citerions M. Lisfranc qui a commencé l'étude des maladies de matrice par les *erreurs nombreuses de diagnostic.*

ARTICLE PREMIER.

Procédés d'exploration à employer pour aider au diagnostic des maladies de l'utérus.

§ 1er. — Palpation sus-pubienne.

Quel que soit le procédé d'exploration mis en usage, il faut au préalable que la vessie et le gros intestin soient vidés ou naturellement ou par le cathétérisme et les lavements. La plénitude de ces organes gênerait les manœuvres et pourrait donner lieu à des erreurs. Faites coucher la malade sur le dos, la tête soutenue; élevez un peu ses épaules, que les cuisses soient demi-fléchies, et les talons appuyés; que la malade ne fasse aucun effort, qu'elle s'abandonne complétement durant l'opération. La palpation aura lieu à nu ou bien la chemise seule recouvrira la peau. La main est appliquée en travers, puis en long sur l'hypogastre. Commencez par déprimer les parois abdominales, et si vous voulez mieux trouver la matrice, par des mouvements latéraux éloignez les viscères les plus mobiles, les intestins. Si, pendant ces manœuvres, la main rencontre quelque corps dur, ramenez sur lui la pulpe des doigts, et de cette ma-

nière vous l'explorerez avec plus de soin. En poussant ce corps dans des directions différentes, vous apprécierez son volume, sa forme, sa consistance, sa mobilité, ses connexions avec les organes environnants. Cette exploration commence par les fosses iliaques où se trouvent quelquefois les trompes et les ovaires malades; vient ensuite la région hypogastrique proprement dite, là où l'on doit rencontrer le fond de l'utérus. Pour l'atteindre, il faudra quelquefois déprimer les parois abdominales et les enfoncer jusque dans le bassin, avec les doigts graduellement fléchis. Pendant ces mouvements, la paume de la main prendra un point fixe sur les pubis. Le praticien n'oubliera jamais dans cet exercice, la lenteur, la méthode, et les égards dus à l'être qui est obligé de se soumettre à ces manœuvres.

« Chez les femmes douées d'un grand embonpoint, le toucher pratiqué sur les régions iliaques et sur les flancs est peu avantageux lorsque les engorgements ou les tumeurs n'ont pas encore acquis beaucoup de développement; il est souvent même infructueux; mais, il est à peine utile de le dire, il constitue dans les autres circonstances un moyen de diagnostic très-avantageux; on le néglige trop. On le pratique fréquemment, en même temps que le doigt explore l'utérus par le vagin ou par le rectum.

» Il est des cas dans lesquels il détermine beaucoup de douleur; les muscles se contractent, et l'exploration est faite en pure perte : on doit y renoncer, quelquefois même elle ne serait pas sans danger. » (Lisfranc, *Clin. chir. de la Pitié*, tome II, page 258.)

§ 2. — Toucher vaginal.

Le doigt de l'opérateur devra être préalablement oint d'huile, de cérat, ou couvert de blanc d'œuf, pour rendre le toucher plus facile et moins douloureux. La femme doit prendre plusieurs positions. Le poids, l'élévation, la direction de la matrice, sont mieux appréciés quand la malade se tient debout; mais, pour le reste, il est plus commode qu'elle soit couchée sur le dos; on aura soin de la faire incliner vers l'un des flancs. Si la femme est debout, le chirurgien se placera devant elle, assis, ou bien il mettra un genou à terre, l'autre relevé pour soutenir le coude si besoin est. Dans la seconde position de la femme, on pourra plus aisément combiner la palpation avec le toucher. La position de la malade sera donc la même que pour la palpation hypogastrique; seulement le bassin sera un peu relevé et quelquefois soulevé à une assez grande hauteur, et cela afin de faciliter l'introduction du doigt. C'est aussi le moyen d'éviter des tâtonnements désagréables, et de rendre plus accessible l'organe à explorer.

« Les cuisses devront être écartées sans effort, mais assez pour laisser à la main la liberté dont elle a besoin dans ses recherches. Tout étant ainsi disposé, on se place à côté du lit, vers le bord duquel la malade s'est avancée, on se tourne un peu vers la face de celle-ci, et l'on glisse sous les vêtements, entre les membres inférieurs, la main qui, dans cette situation, est portée le plus naturellement vers les parties à examiner, la gauche, si l'on arrive à la malade par son côté gauche, la droite, si c'est du côté droit que son lit est libre : on doit chercher à disposer les choses dans ce dernier sens, car la main droite est, en général, mieux exercée que la gauche. Le doigt indicateur, dont on se sert avec le plus d'aisance, suffit ordinairement seul au toucher; c'est pour pouvoir le pousser plus avant qu'on lui adjoint quelquefois le médius qui, plus ordinairement, ployé vers la paume de la main, appuie sur le périnée, le refoule en haut, mais y trouve quelquefois une résistance qui empêche l'index d'aller aussi profondément qu'on le désire. Dans certaines circonstances même, il faut glisser dans le vagin la main tout entière, mais cela est rare ailleurs que dans les cas d'obstétrique.» (Madame Boivin et Dugès, tome I, *Introduction.*)

Le bord radial de l'index est appliqué d'abord de toute sa longueur sur la face interne d'une cuisse, il remonte ainsi jusqu'à l'intervalle qui sépare le membre du tronc. Là il rencontre une grande lèvre qu'il franchit bientôt pour pénétrer dans la vulve même; le doigt est alors parallèle au grand axe des grandes lèvres. En ramenant l'extrémité de ce doigt du

coccyx au pubis, il est introduit avec plus de certitude et sans violence, on est dans l'orifice du vagin. Alors le doigt s'enfonce dans la direction connue de ce canal, en parcourt lentement les parois, en explore les inégalités. Une fois le col de l'utérus atteint, le doigt glisse sous lui, derrière lui, toujours avec lenteur et avec douceur. C'est par la pulpe du doigt qu'on explore toute la superficie du col; on reconnaît l'orifice; on presse un peu et avec circonspection sur les divers points de sa surface : de cette manière on tâte la sensibilité de l'organe. Pour apprécier le poids, la mobilité de l'utérus, on porte le doigt à la base du col, on exerce des mouvements analogues à ceux du *ballotement*. La main introduite dans le vagin, aidée de l'autre appuyée sur l'hypogastre, peut apprécier non-seulement les états du col, mais encore s'assurer, jusqu'à un certain point, de l'état du corps utérin, du volume qu'il présente, et quelquefois de sa consistance.

Le chirurgien fixe dans sa mémoire les détails qu'il a successivement rencontrés, les vérifie s'il le faut par un deuxième essai, avant de retirer le doigt introduit.

Après le toucher le chirurgien explore les humeurs dont l'index est enduit; pour mieux apprécier la couleur des matières, il essuie le doigt sur une serviette blanche.

Pour que la pratique du toucher soit fructueuse, il est nécessaire que le gros intestin soit débarrassé de son contenu; si le rectum est plein, il aplatit le vagin, en refoule en avant la paroi postérieure, ce qui fait que le corps de l'utérus est plus difficile à atteindre.

« Lorsque le vagin est très-long et que l'utérus n'est pas affecté de prolapsus, il est difficile d'atteindre ce dernier et de l'explorer; alors on prie la malade de faire des efforts, comme si elle voulait vider le dernier intestin; ainsi la matrice s'abaisse, à moins qu'elle n'ait contracté des adhérences insolites : cet abaissement peut être porté très-loin.

» Les préceptes que nous venons d'indiquer peuvent être insuffisants : il faut alors recommander aux femmes de marcher, s'il est possible, quelque temps avant la visite du chirurgien; les ligaments de l'utérus se relâchent, l'exploration de la matrice devient ordinairement facile. J'ai souvent montré les avantages de ce moyen à ma clinique de l'hôpital de la Pitié, surtout à l'occasion de malades qui portaient des polypes utérins.

» Les personnes grasses ont les viscères abdominaux très-chargés de graisse; on sait que leur ventre est fort volumineux : lorsque la malade est debout, ces viscères pèsent singulièrement sur la matrice, l'entourent presque partout : ils l'enclavent pour ainsi dire, et après l'avoir déprimée, ils la retiennent presque immobile et incapable d'être refoulée soit en haut, soit en avant, soit en arrière, soit sur les côtés; il n'est pas facile de les déplacer eux-mêmes et de les écarter du corps de l'organe qu'ils empêchent de toucher; il faut donc que les femmes soient placées sur un plan formant avec l'horizon un angle de vingt-cinq à trente degrés, et dont la partie la plus déclive corresponde au bassin; on peut alors encore, si besoin est, refouler soi-même avec une main les viscères de l'abdomen en haut et en arrière; un aide est quelquefois chargé de ce soin. Chez quelques malades maigres ou d'un embonpoint ordinaire, dont la matrice est très-élevée, on ne peut pas pratiquer convenablement le toucher par le vagin ou par le rectum, si elles ne sont pas placées dans la position dont nous nous occupons, et si l'on n'exerce pas sur la région hypogastrique des pressions de haut en bas et d'avant en arrière. Mais il est des personnes tellement grasses, chez lesquelles la matrice abaissée est tellement comprimée par le poids des viscères abdominaux, qu'il est bien difficile de constater l'état de l'utérus sans que le bassin soit plus élevé que le tronc. » (Lisfranc, *ibid.*)

C'est presque toujours par le vagin et à l'aide du doigt indicateur enduit d'un corps gras que l'on pratique le toucher; on écarte ensuite les grandes et les petites lèvres avec le pouce et l'index. « Les auteurs, poursuit M. Lisfranc, conseillent en général de fléchir dans la paume de la main le médius, l'annulaire et l'auriculaire; vous comprendrez facilement que le premier de ces doigts s'arcboutant sur la partie inférieure de la vulve, fait perdre à l'indicateur au moins deux

centimètres (deux tiers de pouce) de sa longueur, et qu'ainsi, lorsque surtout le vagin est très-long, l'exploration de l'utérus est difficile et même quelquefois impossible.

» J'ai conseillé, il y a fort longtemps, de tenir tous les doigts étendus : le pouce est situé devant le pubis, en dehors du clitoris ; l'indicateur pénètre dans le vagin, et le médius, écarté de ce dernier, repose sur le périnée et sur l'orifice inférieur du rectum qu'il dépasse; ainsi le doigt indicateur ne perd rien de sa longueur.

» Si la matrice est élevée, s'il s'agit d'apprécier exactement les limites d'une ulcération ou d'une tumeur qui siégent sur le col de l'utérus, il est souvent indispensable de se servir alternativement des doigts indicateurs droit et gauche ; car il est certain qu'avec l'un d'eux seulement on ne peut toucher convenablement, en se servant de sa pulpe, que la moitié de la circonférence de la partie à explorer.

» Le chirurgien qui se placerait derrière le bassin serait gêné par le pouce, et il perdrait une grande partie de la longueur du doigt indicateur introduit dans le vagin ; ici, la direction de ce canal, l'épaisseur du périnée doivent encore entrer en ligne de compte.

» Vous touchez, en suivant les principes que nous venons d'établir ; vous reconnaissez la présence d'une tumeur plus ou moins arrondie ; vous ne pouvez pas parvenir ordinairement à sa partie supérieure; car vous êtes obligé, en parcourant son diamètre longitudinal, de fléchir plus ou moins le doigt; il perd ainsi une partie de sa longueur ; vous n'arrivez pas. S'agit-il d'un polype ou d'un renversement de la matrice, ou bien encore d'un allongement et d'une augmentation de volume du col de cet organe, vous l'ignorez entièrement ; introduisez alors dans le vagin les doigts indicateur et médius réunis : vous pénétrez ainsi à quinze millimètres (un demi-pouce) plus haut, avantage immense, sur lequel nous ne nous arrêterons pas; mais une fois que ces doigts ont exploré la tumeur le mieux possible, on les écarte pour l'embrasser à droite et à gauche et l'attirer en bas : quand elle est déprimée, l'indicateur de la main gauche est introduit alternativement dans le vagin et dans le rectum : on s'assure ainsi si la tumeur est unique ou s'il en existe une seconde au-dessus ; dans ce dernier cas, je l'ai prouvé à l'hôpital de la Pitié, on a la certitude que la malade est affectée d'un polype. » (*Loc. cit.*)

» Lors donc, dit ailleurs ce praticien, qu'on trouve dans le vagin des tumeurs sur la nature desquelles on est incertain, et que les manœuvres d'exploration ordinaires sont insuffisantes, il ne faut pas hésiter à introduire la main tout entière ; il ne faut pas croire que les femmes soient très-incommodées de ce mode, pourvu qu'on ait le soin de le faire avec les ménagements convenables. » (*Gazette des hôpitaux*, 18 décembre 1841.)

On a abusé du toucher comme de toutes les bonnes choses. Il faudra craindre de le répéter sans nécessité, et de le répéter trop souvent. Il est rare que, pour des affections peu graves, on soit obligé de toucher tous les huit jours. Si dans des cas où il y a plus ou moins de métrite du col ou seulement une sensibilité anormale, si alors vous abusez du toucher, vous pourrez exaspérer ou produire même le mal pour la guérison duquel vous êtes appelé.

Ce n'est pas seulement pour les maladies de l'utérus qu'on pratique le toucher, mais encore pour celles de la vessie, de l'urètre, et surtout pour celles du vagin. Les chirurgiens qui ont beaucoup été appelés pour le traitement des maladies des femmes sont à même de citer une multitude de faits qui prouvent dans quelles erreurs on s'est laissé entraîner par négligence du toucher vaginal.

M. Lisfranc avoue avoir méconnu, il y a plus de quinze ans, un polype du vagin gros comme le bout du doigt ; M. Lisfranc avait cependant touché, mais peu méthodiquement, plusieurs fois la malade. L'application du spéculum fit reconnaître la méprise.

Pour éviter de telles erreurs, on procédera de la manière que voici : l'orifice du vagin exploré, ce qui n'est pas difficile, on dirige le toucher de manière à faire exécuter au doigt indicateur des zones à mesure qu'il pénètre et qu'il remonte vers l'utérus ; la seconde zone passe sur la première ; la troisième sur la seconde,

et ainsi de suite jusqu'à la partie supérieure du vagin. L'état de maladie de l'utérus ou son imminence peut produire une dilatation marquée de l'orifice inférieur de l'utérus. Pendant les règles ou quelques jours avant, et quelquefois après cette fonction, le col est plus ouvert; il est alors ordinairement très-facile de pénétrer dans presque toute la cavité de cette partie de l'utérus. On saisira cet état accidentel du col pour se livrer à une exploration complète. Si on en reconnaît la possibilité, on se gardera de procéder trop brusquement, car il faut craindre les déchirures. Une fois le bout du doigt engagé dans l'orifice du col, on le pousse tout à fait dans sa cavité par des mouvements de demi-rotation, tantôt de droite à gauche tantôt de gauche à droite, et cela très-lentement, avec une douceur extrême et en faisant surtout agir la pulpe du doigt dont l'ongle d'ailleurs aura été coupé très-court. Si ce doigt. une fois parvenu dans le col, trouve sa surface interne analogue à celle de la surface interne de l'utérus au moment où on opère une version, si cette surface donne une impression analogue, on est porté à admettre que le col est sain. S'il y a des duretés, des inégalités, des points ramollis ou d'un velouté trop prononcé, on est porté à croire qu'il y a maladie. En sortant du col de l'utérus, le doigt revient sur les lèvres du museau de tanche, et en descendant, il décrit encore des zones comme nous l'avons indiqué quand il s'agissait de faire pénétrer le doigt et de le diriger vers la matrice.

Si, à l'exemple des bons praticiens, on répète plusieurs fois la manœuvre selon les procédés indiqués, rarement on méconnaîtra l'existence même des plus petits polypes, des plus petites granulations. Le toucher est souvent employé non-seulement pour apprécier le volume, la consistance de l'utérus, mais encore pour connaître son poids. Pour acquérir cette dernière notion, on applique l'indicateur sur l'extrémité inférieure de l'utérus quand elle n'est pas trop mince. On peut, par des pressions exercées de bas en haut, avoir ainsi et en même temps une idée du poids de cet organe et de sa mobilité. Par la compression des différents points du pourtour du col utérin, on arrive à des résultats moins avantageux. Notez bien que toutes ces manœuvres sont très-souvent douloureuses, fatigantes. Les femmes les supportent parfois très-difficilement. Le toucher, comme les autres moyens d'exploration, peut devenir dangereux; il faut savoir y renoncer pour y revenir plus tard, lorsqu'il y a moins d'irritabilité, d'agacement du côté des parties et de la constitution.

Voici un exemple qui prouve que le toucher répété n'est pas sans inconvénient :

« Une dame de province portait un cancer très-étendu sur le col de l'utérus ; quatre médecins appelés pour décider la question de savoir si une opération était praticable, la touchèrent successivement avec tous les soins et toute l'attention exigés par les circonstances graves dans lesquelles elle se rencontrait : le lendemain une métrite violente se développa ; bientôt la phlegmasie envahit le péritoine ; tous les secours de l'art furent impuissants : la malade succomba le cinquième jour. » (Lisfranc.)

Nous allons exposer la manœuvre que le chirurgien exécutera pour apprécier l'état du corps de l'utérus :

« Si, lorsque vous voulez toucher le corps de la matrice, dit M. Lisfranc, le doigt reste appliqué sur l'insertion utérine du vagin, elle résiste aux pressions que vous exercez sur elle de bas en haut, ce doigt demeure pour ainsi dire en place, et l'exploration que vous désirez faire est impossible ; mais portez de champ l'indicateur sans l'abaisser, trois centimètres environ (un pouce) soit en avant, soit en arrière, soit sur les côtés du col de la matrice, vous pouvez alors facilement refouler en haut le cul-de-sac du vagin : ainsi, à mesure que l'utérus s'abaisse, sous l'influence des moyens que nous avons indiqués, le doigt arrive ordinairement à l'union de la moitié inférieure du corps de cet organe avec sa moitié supérieure ; dans quelques cas plus heureux, il parvient à son sommet ; en arrière le toucher remonte infiniment moins haut qu'en avant. En pratiquant le toucher par le vagin, on peut encore explorer les ligaments larges de la matrice, et quelquefois même les ovaires dont le volume est aug-

menté, et dont l'exploration est plus facile en général par la région épigastrique. » (*Loc. cit.*)

§ 3. — Toucher rectal.

La pudeur des femmes, dit madame Boivin, n'est pas moins effarouchée de ce mode d'exploration que du précédent; c'est même un surcroît fort désagréable au sacrifice pénible qu'elles ont déjà fait en se soumettant au *toucher vaginal*. On ne portera donc le doigt dans le rectum que quand on sentira la nécessité de suppléer aux imperfections du diagnostic fourni par son introduction dans le vagin. Des tumeurs siégeant entre la matrice et l'intestin, ou vers les parois latérales et postérieures du bassin, des engorgements du corps de la matrice, des déplacements particuliers de cet organe, ne seraient pas suffisamment examinés par le doigt glissé dans la vulve; les cas d'imperforation, ceux d'étroitesse excessive de l'orifice vaginal, peuvent exiger même qu'on préfère le mode dont nous parlons ici à celui dont il était question tout à l'heure. Enfin, nous en avons déjà fait connaître l'utilité pour les cas où l'absence de l'utérus permet de sentir, par le rectum, la convexité d'une sonde insinuée par l'urètre dans la concavité de la vessie. (Madame Boivin et Dugès, tome I, *Introduction*.)

Ici les mêmes attitudes que pour le toucher vaginal peuvent être données à la malade. Si elle est couchée sur le dos, on lui relèvera fortement le bassin. L'index sera glissé dans l'anus avec les mêmes précautions que pour la vulve. Ce doigt recourbé en avant présentera sa face palmaire à la paroi antérieure du rectum.

« Le doigt, dit M. Lisfranc, parcourt de bas en haut les zones que nous avons indiquées pour l'exploration du canal utéro-vulvaire : l'on devra encore ici se servir alternativement des deux mains pour les raisons que nous avons exposées à l'occasion du toucher vaginal.

» Parvenu sur la matrice, l'indicateur décrit, à mesure qu'il pénètre plus profondément, des lignes horizontales, d'abord de droite à gauche, et ensuite de gauche à droite : la seconde repose sur la première, la troisième est appliquée sur la seconde, et ainsi de suite; on reconnaît de cette manière l'étendue transversale de l'organe; l'on apprécie sa consistance et les inégalités que peut présenter sa face postérieure qu'il est ordinairement facile de toucher jusqu'à l'union de sa moitié inférieure avec sa moitié supérieure : on parvient quelquefois jusqu'à son sommet. » (*Clinique de la Pitié*, tome II.)

Ensuite le doigt explorateur est dirigé vers les ligaments larges de la matrice; ils sont explorés avec beaucoup de détail. Ce toucher, qui paraît d'abord une manœuvre facile, conduit à des erreurs les praticiens inexpérimentés, surtout ceux qui ne sont pas exercés sur le cadavre, ce qu'il faut toujours faire avant de se livrer à la pratique. Si on n'a pas fait ces essais, quand on explore la matrice sur le vivant, à l'état tout à fait normal, cet organe paraît beaucoup plus volumineux qu'il n'est en réalité. L'erreur vient de la présence de la paroi antérieure du rectum qui, en passant derrière l'utérus, lui forme une espèce d'enveloppe.

§ 4. — Du spéculum.

Le spéculum est un instrument de diagnostic. Comme son nom l'indique, il est destiné à nous représenter certaines parties. C'est aussi un *dilatateur*, un protecteur des parties, un moyen qui sert à diriger certains topiques. En effet, il agit en écartant les parties; dans certains cas il protége le vagin contre les agents actifs qu'on veut porter sur le col de l'utérus; enfin il sert à diriger certains moyens chirurgicaux, certains topiques.

Comme certains médecins semblent le croire encore, le spéculum n'est pas une invention moderne; en effet, selon Aétius (lib. 4, cap. 86), ce serait à Archigène d'Apamée que nous devrions la connaissance du premier spéculum utéri. On trouve ceci dans une traduction de Paul d'Égine par Rondelet, cet auteur dit : « L'instrument appelé διοπτρα estant introduit fermé dedans la uulue, après soit tourné pour l'ouvrir, affin que les conjonctions dudit instrument soient eslargies, et la cauité de la feme soit distendue. » Le spéculum dont parle Paul

d'Égine (lib. 3, cap. 66) était composé de deux branches mobilisées par une vis. Avicenne (tract. 4, cap. 3) et Albucasis (lib. 2, cap. 77) ont décrit sous le nom de vertigo, deux espèces de speculum uteri à trois valves dont le rapprochement et l'écartement étaient produits encore par une vis et une manivelle. Ces instruments ont été représentés dans l'ouvrage d'André de la Croix (Officina chirurgica, pag. 39). Spachius (gynæciorum, sive de mulier. 1597), auteur d'un recueil où se trouve une revue des auteurs qui ont traité des maladies des femmes, Franco (Traité des hernies, etc., et autres maladies, etc. 1561), n'oublient pas le speculum, et bientôt nous donnerons une idée de celui de Paré (Œuvres d'Ambroise Paré, liv. 14, chap. 86, Paris, 1585). Scultet (Armamentarium chirurgic., tab. 40, pag. 153, Venetis, 1665), Garengeot (Nouveau traité des instruments de chirurgie, t. I, pl. 25, Paris, 1723) et d'autres auteurs encore des trois derniers siècles, ont également fait connaître des speculum : la plupart étaient à plusieurs branches.

Cependant cet instrument n'était pas usité ; il était même inconnu de la grande majorité des praticiens, lorsque M. Récamier l'a fait renaître et l'a définitivement introduit dans la pratique. Le premier employé par ce praticien, était tout simplement un tube d'étain dont l'extrémité utérine présentait une circonférence à bords arrondis.

L'active et nouvelle impulsion donnée de nos jours à la fabrication des instruments de chirurgie a facilité les inventions, les modifications du speculum. Nous en avons sous les yeux une vingtaine pendant que nous rédigeons cet article. Les décrire tous serait inutile et fastidieux. Il vaut mieux les classer et ne décrire que ceux qui ont une vraie utilité.

A. *Speculum plein*. C'est le premier qui appartient à l'époque de la renaissance du speculum ; il est dû à M. Récamier. C'est un tube creux, conique. La petite extrémité est dirigée vers le col utérin ; là les bords sont mousses, très-lisses, pour qu'en heurtant le col ils ne puissent le blesser. Dupuytren a fait souder un manche à l'extrémité vulvaire de ce speculum ; c'est une langue métallique un peu moins longue que le pouce, et qui forme un angle droit avec le corps de l'instrument. Ce speculum est un des meilleurs.

B. *Speculum brisé*. C'est surtout celui-ci qui a considérablement varié. Le nombre des valves porte ce speculum à huit espèces, puisqu'il peut avoir depuis une jusqu'à huit valves. Les systèmes de M. Vidal et de M. Colombat nous offrent les deux extrêmes. Ainsi le chirurgien de l'hôpital du Midi, dans les cas de fistules vésico-vaginales, pour les bien découvrir et faciliter l'opération, se sert d'un speculum composé d'une seule gouttière appliquée sur la paroi postérieure du vagin ; cet instrument a un manche très-long afin que l'aide qui le tient n'empêche pas les manœuvres de l'opération difficile à laquelle on procède.

En multipliant les valves, M. Colombat a cru faciliter les opérations qui se pratiquent sur le col utérin. Son speculum, ainsi formé d'un grand nombre de pièces, est très-conique quand il est fermé. Son introduction est donc facile. Quand on l'ouvre, l'extrémité utérine, qui était peu considérable, procure cependant une grande dilatation à la partie supérieure du vagin.

Le speculum brisé le plus souvent employé, et, il faut le dire, celui qui pourrait remplacer, dans presque tous les cas, tous les autres speculum, est celui à deux valves. Il est évident que ce speculum est imité de celui qu'on trouve représenté dans les œuvres de Paré et dont nous avons un modèle sous les yeux, modèle qui nous a été confié par M. Charrière. Cet instrument paraît être plutôt destiné à dilater le vagin qu'à explorer la matrice. Il est en fer très-épais; ses valves sont étroites, elles ont à peine la moitié de la largeur du speculum brisé ordinaire. Elles ne se réunissent que par un de leurs bords. En effet, en bas, sur le point qui correspond au rectum, quand l'instrument est complétement fermé, reste un espace de près de deux centimètres vers l'extrémité vulvaire, et de près d'un centimètre avant d'arriver à l'extrémité utérine. Les valves sont mobilisées par une forte vis qui semble former la corde moyenne d'une

lyre qui est la figure du manche, lequel d'ailleurs a deux fois la longueur du corps de l'instrument.

Les speculum brisés varient par la direction des valves, par leur mode de rapprochement, d'écartement. Ainsi le système le plus usité est le vrai cône divisé selon le grand axe. Il arrive alors que les valves vont en convergeant de l'extrémité vulvaire à l'extrémité utérine. Mais quand on les ouvre, le cône se renverse. En effet, à mesure que les valves se rapprochent du côté de la vulve, elles s'écartent du côté de l'utérus et vont alors en divergeant; ainsi, plus on va vers l'utérus, plus il y a d'espace entre les valves, plus il y a aussi de points du vagin à découvert. M. Ricord a modifié cet instrument de manière à rendre son application plus facile et moins douloureuse. Les valves, en se rencontrant vers l'utérus, forment un ovale et non un cercle, ce qui facilite l'introduction. Dans la direction des valves, M. Ricord a mis à profit une partie de l'idée de M. Jobert, ce qui a rendu son speculum très-usuel. Dans le speculum de M. Jobert, cette dilatation à la partie supérieure du vagin est plus brusque, parce que les valves arrivées aux deux tiers du chemin, en se dirigeant vers l'utérus, sont coudées fortement en dehors. Elles peuvent se rapprocher au moment de l'introduction. Une fois le speculum appliqué, en rapprochant la partie des valves qui correspond à la vulve, on écarte fortement les parois vaginales en haut sans les comprimer vers l'anneau vulvaire.

Les valves, au lieu de représenter de petits cônes, ne représentent quelquefois que de longues lames, de même largeur en haut et en bas. Alors, pour certains speculum, ces lames s'écartent du côté de l'utérus et se rapprochent du côté de la vulve, ce qui forme encore le cône ; ou bien, ces lames s'écartent également au même degré, à toutes les hauteurs; c'est le speculum cylindrique à lames mobiles. Jamais ce speculum ne laisse de vide entre les lames. Quand on le referme, elles se recouvrent mutuellement.

Le speculum a ou n'a pas de conducteur, d'embout. C'est une femme, madame Boivin, qui a eu l'idée de terminer l'embout par un gland en ébène qui facilite l'introduction du speculum et que l'on retire après que l'application est terminée.

Il y a une autre variété, qui consiste dans un aplatissement des valves sur les points qui correspondent à l'urètre et au rectum. Le speculum est alors un cylindre creux à pans.

M. Colombat a eu l'idée de fenêtrer en long chaque valve de son speculum, ce qui n'est pas un avantage, car les froissements du vagin sont ainsi encore plus faciles. M. Mayor, comme pour renchérir sur M. Colombat, au lieu de faire des valves n'a fait que les cadres des valves. Son speculum est donc complétement à jour, il est fait en fil de fer très-fort; c'est la carcasse du speculum ordinaire. Il a dix côtes.

Voici maintenant la description détaillée des speculum brisés les plus utiles à connaître.

1. Speculum de M. Jobert. Le speculum de ce chirurgien est cylindrique à ses deux extrémités, une vulvaire, l'autre utérine. Deux portions de cylindre le composent; quand elles se réunissent, elles constituent un cylindre régulier. On maintient d'une manière fixe l'extrémité vulvaire par une tige d'acier, en forme de segment de cercle, laquelle va d'une branche à l'autre, et une vis de pression la fixe.

L'extrémité utérine, dit M. Jobert, à peu près au niveau du tiers interne avec les deux tiers externes, offre une charnière à la face supérieure. Les branches ou portions de cylindre, longues d'environ huit pouces, présentent une séparation dans toute leur étendue inférieurement, pendant qu'une charnière non apparente à l'extérieur, et même peu saillante en dedans, établit la communication des deux branches de l'instrument, et interrompt dans ce point, par conséquent, la fente qui existerait aussi sans elle dans toute la portion du speculum que j'appellerai pubienne. (*Du speculum et de l'exploration du col utérin, dans le traité des plaies d'armes à feu*, par Jobert (de Lamballe), pag. 384 et suiv.)

M. Jobert a eu surtout pour but de dilater le point du vagin qui doit l'être le

plus, c'est-à-dire son fond, sans porter la principale force vers l'extrémité vulvaire de ce canal, là où il y a le plus de sensibilité, et en même temps le plus de résistance.

2. Speculum renversé. M. Récamier a tenté de renverser ce système. Dans une communication qu'il vient de faire à l'Académie de médecine, il a montré un speculum qui se dilaterait surtout du côté de la vulve. Selon ce médecin, la lumière serait mieux recueillie et arriverait mieux au col. Mais il est évident que la dilatation portant surtout sur l'anneau vulvaire, on doit ainsi causer des douleurs qui doivent faire renoncer à cette idée de M. Récamier. (Voyez *Gaz. des Hôp.*, n° du 14 février 1843.)

3. Speculum de M. Guillon. Cet instrument est en cuivre argenté, et a cinq pouces de longueur. Il se compose de deux segments de tube réunis par leurs plus longs bords au moyen d'une charnière. Lorsque le speculum est fermé, il a la forme d'un cône tronqué aplati, dont la base offre une coupe oblique. Un embout d'ébène, qui s'adapte au sommet, en facilite tellement l'introduction, qu'on l'applique ordinairement sans douleur. Deux branches fixées à la base de cet instrument et une crémaillère, disposées à cet effet, servent à l'ouvrir et à le maintenir dans le degré d'élargissement qu'on juge convenable de lui donner ; un troisième segment ou élargissure sert à le convertir en un tube complet et à dilater l'extrémité utérine du vagin. Ce speculum a été décrit dans le Dict. de Méd., en 21 vol., première édition. Il est bon de noter cette circonstance pour faciliter la solution des questions de priorité, lesquelles ne doivent pas nous occuper, du moins ici.

4. Speculum de M. Mêlier. Il représente un tube conique semblable au tube du speculum ordinaire, d'une moyenne grosseur, qu'on aurait divisé en deux moitiés égales, suivant sa longueur. L'articulation de ces deux segments a lieu à leur grosse extrémité par deux charnières de compas. Les deux parties du speculum s'éloignent à la volonté du chirurgien, et forment un angle plus ou moins ouvert qui correspond au fond du vagin, par sa base, tandis que le sommet répond à la vulve. Ils sont mus par deux manches mobiles, et cela isolément ou simultanément. Comme les deux manches s'élèvent ou s'abaissent, l'instrument est aussi portatif qu'un speculum simple. Comme celui de M. Guillon, le speculum de M. Mêlier contient un mandrin d'ébène pour faciliter son application. Cet instrument est tenu ouvert au degré d'écartement que l'on désire par un petit ressort d'encliquetage.

« Quand on veut ouvrir ce speculum, dit son auteur, on est obligé de se servir des deux mains ; c'est un petit inconvénient qui m'a quelquefois embarrassé. Pour y remédier, j'en ai fait faire un nouveau dont tout le mécanisme se réduit au mouvement d'une simple vis. Je le préfère à celui que je viens de décrire. Des deux demi-tubes qui le composent, l'un est fixé par son gros bout à un anneau en forme de collier, l'autre s'articule et se meut par une charnière unique sur ce même cercle, au moyen d'une double tige faisant l'office d'un levier du premier genre. Plus simple et plus précis dans son mouvement, plus aisé à graduer, ce mécanisme permet d'opérer un grand écartement sans effort ni secours. »

Rien n'est plus facile, au reste, que de modifier d'un grand nombre de manières les speculum brisés ; peu importe celui que l'on emploie, pourvu que le fond du vagin soit dilaté, et que la vulve n'éprouve aucune distension. On voit encore ici combien ce système est éloigné de celui de M. Récamier, que nous venons de critiquer ; mais continuons la citation du travail de M. Mêlier :

« On observera que les speculum brisés que j'emploie sont construits de telle façon, que les deux moitiés, au lieu de s'écarter latéralement, ou d'un ischion à l'autre, comme dans ceux qui sont généralement en usage, s'écartent de haut en bas, ou d'avant en arrière, l'une des branches se portant du côté de la vessie, l'autre du côté du rectum. Ce changement m'a paru utile ; on a bien plus souvent besoin, en effet, de dilater dans le sens de la vessie, et surtout du rectum, que dans le sens latéral. Au reste, rien ne serait plus facile, si cela était nécessaire,

que de tourner l'instrument de manière à dilater en travers. » (*Mémoires de l'Académie royale de Médecine*, tome II, pag. 338 et suiv.)

Le speculum de M. Mêlier, qui a ses avantages, a surtout été adopté par les sages-femmes et les praticiens qui ont peu d'habitude des manœuvres que comporte le diagnostic des maladies de l'utérus. Le speculum à embout facilite le premier temps de l'opération; mais, pour retirer l'embout, il y a quelquefois des difficultés, et il arrive qu'on pince la muqueuse du vagin.

5. Speculum de M. Ricord. « Le speculum dont je me sers aujourd'hui, dit ce chirurgien, est un speculum brisé, dont les valves coudées de dedans en dehors s'articulent au point de leur coudure, comme dans le speculum de mon ami Jobert, et dont l'articulation, placée, du reste, sur le point de l'instrument qui doit correspondre à l'anneau vulvaire, permet à ses deux extrémités d'être tour à tour ouvertes ou fermées, sans que l'anneau vulvaire soit lui-même dilaté et comprimé douloureusement contre l'arcade des pubis, comme l'a fait observer l'ingénieux chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, auquel j'ai emprunté cette idée. Chaque valve de mon speculum porte une branche ou manche coudé à angle droit, servant à fixer ou à développer l'instrument, sans que la main de l'opérateur, ou de l'aide à qui on le confie, vienne masquer les parties qu'on veut examiner, ou gêner l'action des instruments qu'on pourrait avoir à introduire dans l'intérieur. De plus, une tige graduée portant un pas de vis et un bouton mobile sur elle, est fixée sur une des branches, et traverse l'autre de telle façon qu'à l'aide du bouton qui court sur la vis, on peut les tenir rapprochées à un degré convenable, et avoir en même temps le degré de leur écartement par l'échelle graduée en lignes, et mesurer ainsi les différents volumes du col, qu'on peut avoir intérêt à connaître, dans la plupart des cas de gonflement ou d'hypertrophie. » (Mémoires et observations par M. Ph. Ricord, pages 24 et suiv.)

Le speculum que nous venons de décrire est le plus usité, parce qu'il se compose de ce qu'on a trouvé de plus facilement applicable dans les autres speculum. On peut très-aisément le munir d'un embout. Mais pour les chirurgiens exercés, c'est au moins une inutilité.

Pour ménager la pudeur des femmes, on a imaginé des speculum susceptibles de s'accrocher à une ceinture que la malade a mise préalablement; le médecin peut ainsi être libre de ses deux mains et se passer d'un aide. Sans nier que ce soit là un avantage, nous croyons qu'on doit épargner aux malades tout ce qui sent l'attirail instrumental, et mettre dans ces opérations le plus de simplicité possible. Or, il est très-facile à une malade, sans le secours de la ceinture en question, de tenir elle-même le manche du petit speculum bivalve si le médecin a besoin de ses deux mains à la fois, ce qui est rare quand on ne pratique pas des opérations, cas dans lesquels nous pensons qu'il serait imprudent de se passer d'aide.

Quand nous en serons à la description du procédé de M. Lisfranc, nous ferons connaître d'autres modifications du speculum.

Application du speculum.

Après la description du speculum et des principales modifications qu'il a éprouvées, il convient d'exposer, avec détail, les principaux procédés qui ont été suivis pour l'application de cet instrument. Il sera plus facile alors à nos lecteurs de se diriger dans cette manœuvre, qui peut singulièrement influer sur les succès qu'ils désirent obtenir dans le traitement des maladies des femmes. Souvenez-vous bien que si, après avoir médiocrement appliqué le speculum, survient un confrère plus heureux ou plus habile que vous dans cette manœuvre, vous n'êtes plus le chirurgien de la maison où vous aurez éprouvé cette espèce d'échec.

Nous commencerons par exposer le procédé de M. Ricord; nous le ferons suivre de celui de M. Jobert; puis, nous décrirons celui de M. Mêlier, qui dirigera le praticien dans l'emploi du speculum à embout; enfin, nous terminerons par le procédé de M. Lisfranc, et là nous entrerons dans beaucoup de détails, parce que

le chirurgien de la Pitié a traité *ex professo* cette partie du diagnostic.

A. *Procédé de M. Ricord.* Nous allons le décrire textuellement d'après la brochure de l'auteur. « La malade est placée sur le bord de son lit, un oreiller sous les épaules et sous la tête, les cuisses à demi fléchies sur le bassin, et les jambes à demi fléchies sur les cuisses, les pieds étant appuyés sur des chaises placées de chaque côté ; le chirurgien se met alors entre les membres pelviens, et n'a pas besoin d'aide, chose très-importante dans certains cas de pratique privée. Le speculum, qu'on peut légèrement chauffer dans les temps froids, doit être enduit d'un corps gras. Dans les cas où les organes sont étroits, je donne la préférence au cérat blanc, plus tenace que l'huile, ne s'essuyant pas aussitôt, et permettant à l'instrument de mieux glisser et avec moins de douleur ; dans les autres cas, j'emploie l'huile, qui n'altère en rien l'aspect des secrétions qu'on veut examiner, ni la surface des tissus qu'on veut voir. Les valves du speculum, tenues de la main droite, sont fortement rapprochées ; je les fais même chevaucher l'une sur l'autre, de manière à rendre l'extrémité de l'instrument presque plate ; écartant ensuite les grandes et les petites lèvres avec l'annulaire et l'indicateur de la main gauche, je déprime en même temps, avec le médius de la même main, la fourchette et la partie postérieure de l'anneau vulvaire. Cette manœuvre, très-importante pour faciliter sans douleur l'entrée du speculum, doit être faite d'une manière graduelle, mais assez forte ; alors l'extrémité du speculum est présentée à la vulve, ses branches tournées vers la cuisse gauche, et tandis que le bord de l'extrémité d'une de ses valves appuie fortement sur le médius gauche, placé comme nous venons de le dire, l'autre a sa partie plane appliquée contre la face postérieure du méat urinaire au-dessous duquel on le fait bientôt filer par un mouvement de bascule, sans l'écorcher ni le blesser, comme cela arrive souvent par les autres méthodes. Du reste, aussitôt que l'anneau vulvaire est dépassé, partie la plus difficile et la plus douloureuse à franchir, le speculum est dirigé dans le sens de l'axe connu du vagin, ses valves étant plus ou moins écartées, selon le besoin, et permettant ainsi d'explorer successivement le vagin et l'utérus, dont l'instrument doit finir par embrasser le col. Pour cela, il ne faut pas, comme le conseillent et le pratiquent quelques chirurgiens, avoir des speculum d'une longueur ridicule et démesurée, et pousser l'instrument dans le vagin jusqu'à ce que le col soit saisi, manœuvre qui expose à blesser les parties et à faire beaucoup souffrir en s'arrêtant dans le cul-de-sac péri-utérin, mais il faut, par le toucher préalable, s'assurer de la position et de la hauteur du col, puis diriger, à sa rencontre, l'extrémité de l'instrument, en recommandant à la malade, à mesure qu'on entre, de ne faire aucun effort d'expulsion, ce qui gênerait pour le moment la manœuvre ; puis, présentant toujours l'extrémité du speculum entre les deux lèvres ridées d'un côté à l'autre que forment les parois antérieure et postérieure du vagin refoulé d'avant en arrière, on arrive bientôt sur le col, qu'on reconnaît à sa muqueuse lisse sans rides, et dont la teinte diffère souvent de celle du vagin. Dans quelques cas, les mucosités filantes, qui filtrent, pour ainsi dire, de son orifice, en s'allongeant dans le vagin, nous indiquent la route à suivre. Enfin, si, malgré ces indications et ces préceptes, vous étiez engagé dans le cul-de-sac du vagin, au lieu de continuer à pousser sur le speculum, il faudrait lui faire éprouver doucement un mouvement de retrait, en écartant légèrement ses valves, comme pour saisir le col utérin, à la manière de la boule d'un bilboquet. » (*Mém. et Obs.* par Ph. Ricord, p. 25.)

B. *Procédé de M. Jobert.* Ce chirurgien appelle le speculum que nous avons décrit, *speculum à bascule.* L'instrument est introduit, le bord supérieur en haut, et la charnière, par conséquent, dirigée dans ce sens. L'extrémité utérine est fermée, pendant que l'extrémité opposée est dilatée ; de cette manière, la plus petite extrémité est introduite en premier lieu ; il faut que le praticien pousse l'instrument et presse en même temps les deux branches de l'extrémité vulvaire pour les rapprocher l'une de l'autre. L'éloignement des deux portions

utérines du speculum opéré, le vagin se dilate en se déplissant ; dès que cette dilatation est assez considérable, on fixe les deux branches par la vis de pression ; de cette manière, on peut obtenir divers degrés de dilatation du vagin, dilatation qui devient considérable par le rapprochement complet des deux portions de l'extrémité vulvaire de ce speculum à bascule.

« Ce speculum, dit M. Jobert, me semble mériter justement la préférence que l'on peut refuser aux autres ; en effet, son introduction est facile ; il se dilate au vœu du chirurgien ; il demeure en place sans effort par la vis de pression, et ne comprime aucunement les parties génitales, avantages que n'a aucun des speculum anciens et modernes.

» Plusieurs fois je me suis servi de cet instrument pour extraire des polypes ou pour diagnostiquer la nature et le siége d'une tumeur. Par son introduction lente et sa dilatation graduée, je pouvais, à mesure que l'instrument s'avançait dans le vagin, embrasser la tumeur, juger de son siége et de sa nature. » (*Du speculum et de l'exploration du col utérin*, page 384 et suiv.)

C. *Procédé de M. Mêlier. Manière de se servir du speculum à mandrin.* Que le speculum soit simple ou brisé, voici, selon l'auteur, la manière de l'appliquer : On commence par s'assurer que le mandrin sort et se dégage facilement du tube. La malade étant placée comme pour les opérations qui se pratiquent sur les organes génitaux, c'est-à-dire, assise sur le bord de son lit, les cuisses écartées et les talons appuyés sur deux chaises, le médecin, assis lui-même, ou à genoux, écarte et maintient les lèvres de la vulve avec les doigts de la main gauche ; prenant ensuite de la main droite l'instrument, qui a été préalablement échauffé et bien enduit d'un corps gras ou mucilagineux, il appuie dans la paume de cette main l'extrémité du mandrin saillante en forme de manche, tandis que les doigts, étendus sur le tube, le retiennent et l'empêchent de se séparer du mandrin, à peu près comme on tient le trocart quand on pratique la paracentèse. L'instrument ainsi tenu et ses deux parties fixées l'une sur l'autre, de manière à ce qu'elles ne puissent s'abandonner, le médecin présente le bout du speculum à l'orifice du vagin, et l'applique doucement sur la commissure postérieure, qu'il déprime avec lenteur ; puis, dirigeant l'instrument suivant l'axe du vagin et du détroit inférieur, c'est-à-dire de bas en haut et d'avant en arrière, suivant une ligne qui irait aboutir à l'angle sacro-vertébral, en plongeant un peu du côté du rectum, il le fait pénétrer avec précaution, sans effort, et presque toujours sans douleur, jusqu'au fond du vagin.

Arrivée là, l'extrémité du mandrin qui dépasse le speculum rencontre le col, et pourrait, si on n'y prenait garde, le heurter douloureusement. Le médecin l'évite en cessant de presser sur l'extrémité du mandrin qui tout à l'heure était appliquée dans la paume de la main ; il appuie davantage sur la poignée du speculum, qu'il a saisie de la main gauche ; le mandrin sort alors de lui-même, chassé par l'élasticité du vagin, ou bien on le retire.

Quand l'instrument a été bien dirigé et que la matrice n'est pas inclinée, on aperçoit le col utérin à l'extrémité du tube où il fait saillie et s'engage. Si on n'a pas réussi du premier coup, soit que l'instrument ait été mal conduit, ou que le col soit dévié, on replace doucement le mandrin, puis on retire un peu l'instrument pour lui donner une meilleure direction. Quand le col est tellement dévié qu'il ne saurait être rencontré par l'orifice du speculum simple, ou trop gonflé pour y être admis, c'est alors qu'il faut avoir recours au speculum brisé, afin de mettre à découvert et de bien voir le mal dans toute son étendue. Au besoin, le levier à anneau de Mme Boivin (dont nous parlerons bientôt) servirait, comme je l'ai dit, pour ramener l'organe à sa direction normale. C'est à ces cas, qui sont loin d'être ordinaires, que se bornera l'utilité des speculum brisés, maintenant qu'à l'aide du mandrin il sera presque toujours facile et non douloureux d'introduire un speculum simple d'un volume suffisant. (*Mém. de l'Acad. royale de méd.*, t. II, page 340.)

D. *Procédé de M. Lisfranc.* « Pour franchir l'orifice inférieur du vagin, le

speculum suit la direction d'une ligne qui, partant du milieu de cet orifice, irait se rendre à la pointe du coccyx; quand il a dépassé l'anneau de ce canal, son extrémité externe est portée vers le rectum, et l'instrument continue à marcher comme s'il devait arriver directement sur l'articulation sacro-vertébrale; mais à mesure que le speculum commence à entrer dans le vagin, le chirurgien abandonne les grandes et les petites lèvres, afin qu'elles servent à l'ampliation de ce canal.» (*Clin, chir. de la Pitié*, tome II.)

S'il y a une érosion ou bien un ulcère à la partie postérieure de l'orifice inférieur du vagin, et que ce canal ne soit pas trop étroit, on met le doigt indicateur dans sa capacité, et l'on glisse le speculum sur ce doigt; ainsi, l'érosion est évitée.

Un morceau de baudruche roulé sur lui-même en forme d'entonnoir est introduit par sa petite extrémité à six centimètres environ (deux pouces) dans l'intérieur du vagin; on engage le speculum dans sa capacité, et quand celui-ci a franchi l'intérieur du canal, on retire son conducteur qui en a rendu l'introduction plus facile et moins douloureuse.

Il n'est pas toujours aussi facile qu'on le pense de saisir le col avec l'extrémité interne du speculum, surtout quand il n'a pas été d'abord procédé au toucher. Mais voici qui peut indiquer, pendant la manœuvre, le siége précis du col avant qu'il soit découvert : à mesure que le speculum entre dans le vagin, la face interne de ce canal s'applique sur l'orifice supérieur de l'instrument, en formant deux espèces de valves ou valvules dont les bords libres sont plus ou moins exactement appliqués l'un contre l'autre. Une de ces valves est antérieure, l'autre postérieure. Si la matrice n'est pas déviée latéralement, la valvule dont le diamètre antéro-postérieur est le plus étendu se rencontre du côté vers lequel le col de l'utérus est incliné.

Quand le col utérin est porté à droite ou à gauche, les valvules dont nous venons de parler offrent de l'obliquité dans leur direction, et cette obliquité varie suivant le degré d'inclinaison de l'organe; c'est sur le point le plus déclive de ces espèces de valves que siége le museau de tanche.

Le speculum arrivé près le col, il faut user de plus de précautions encore, afin de ménager le museau de tanche, de ne pas le contondre, de ne pas déchirer les végétations ou irriter les solutions de continuité qui peuvent exister sur cette partie de l'utérus. Quelquefois, l'instrument ne parvient pas directement sur le col; alors on tire légèrement le speculum à soi, on lui fait exécuter doucement, en le refoulant un peu, les mouvements de bascule exigés par les circonstances.

S'il y avait des brides, il faudrait essayer de les franchir sans les rompre; ou tenter de les effacer, ou de diminuer leur saillie, en pressant sur elles avec l'extrémité mousse d'un bâtonnet, ou bien encore d'une tige garnie d'une plaque étroite; on a soin d'épargner les adhérences insolites que le col de la matrice a pu contracter avec les parties environnantes, et qui le maintiennent dans un état de déviation considérée comme incurable jusqu'aujourd'hui. Ne pourrait-on pas, lorsque ces déviations sont suivies d'accidents assez graves et qui résistent à tous les moyens, saisir le museau de tanche à l'aide de l'érigne de Muzeux, l'amener avec la partie supérieure du vagin à l'orifice inférieur de ce canal, et détruire la cicatrice vicieuse par une dissection soignée? J'ai eu recours une seule fois à l'opération que je propose : elle a réussi, parce que la cicatrisation que j'ai détruite était peu étendue; je crois que malgré tous les efforts de l'art, un succès complet serait fort incertain, si elle était large. (Lisfranc.)

Quand au-dessus du bout du speculum, à la partie supérieure du vagin, existe un bourrelet formé par des plicatures appartenant à ce canal relâché, ces plicatures masquent le col de l'utérus dans une plus ou moins grande étendue; pour faire disparaître ce bourrelet, on prie la malade de se livrer aux efforts de la défécation; on presse en même temps de bas en haut sur l'instrument. Les plis vaginaux disparaissent alors, et le museau de tanche est parfaitement à découvert.

Il peut arriver que le col de la matrice soit trop volumineux pour être embrassé

par la partie supérieure du speculum; il est impossible de le voir dans une assez grande étendue : on fait alors exécuter à l'instrument de légers mouvements de bascule et de glissement, qui découvrent successivement les différents points de la surface qu'on veut explorer.

Quelquefois les lèvres du museau de tanche se tuméfient, s'allongent, et se mettent en contact par de grandes surfaces. Alors le speculum, lors même qu'il ne le comprimerait pas, empêche de voir ce qui se passe sur les deux plans adossés des lèvres du museau de tanche. Dans ce cas, pour constater s'il existe des ulcérations, on engage des pinces à mors plats et fermés dans la rainure que présente la partie inférieure de la matrice; puis on ouvre légèrement ces pinces. Le contact des surfaces se trouve détruit, et on produit un écartement assez étendu. Il permet à la vue de plonger dans l'orifice de l'utérus. S'il existe des solutions de continuité, on pourra les apprécier. Ce mode d'exploration a eu de fréquents succès entre les mains de M. Lisfranc.

Lorsque le col de l'utérus est fortement incliné en arrière, les manœuvres que nous avons indiquées suffisent très-rarement, surtout quand ce col est volumineux. On ne découvre alors que sa partie antérieure. Il est rare qu'à l'aide du doigt indicateur on puisse ramener ce col en avant; il est plus rare encore de lui faire conserver plus ou moins cette nouvelle position. On doit donc chercher un moyen qui puisse mettre à découvert les ulcérations si fréquentes sur la lèvre postérieure du museau de tanche. Voici comment s'exprime Dugès sur cette difficulté, et quel est le moyen proposé pour la lever.

« Le col de l'utérus est quelquefois tellement incliné en arrière, que le speculum ne peut le faire saillir dans son ouverture terminale, malgré les inclinaisons variées qu'on lui imprime. Mme Boivin a imaginé, pour le ramener en avant, un instrument qui y parviendra sans peine toutes les fois que des adhérences anormales ne le retiendront plus en arrière : il consiste en une tige métallique courbée en S, et portant à chacune de ses extrémités une cuiller fenêtrée, une sorte d'anneau qui doit entourer le museau de tanche en avant. » (Boivin et Dugès, *loc. cit.*)

M. Leroy a imaginé un speculum qui embrasse d'abord le col de la matrice; puis une des valves, mobilisée par une vis de pression, est inclinée en dedans et ramène cette partie de l'utérus vers le centre du vagin. Mais le volume de l'extrémité inférieure de la matrice ne permet pas toujours à ce speculum de l'embrasser convenablement. M. Leroy a, pour ces cas, inventé un autre speculum qui est composé de valves ne laissant entre elles aucun intervalle quand on l'ouvre; l'une de ces valves, plus longue que les autres, est mobile d'arrière en avant, ou si l'on aime mieux, de dehors en dedans; elle correspond au côté du vagin sur lequel la matrice s'incline; l'instrument est-il parvenu contre le col utérin dévié en arrière, imprimez un léger mouvement de bascule qui porte son extrémité externe en haut; puis, pressez sur la lame mobile; elle peut s'engager entre la paroi vaginale et l'extrémité inférieure de l'utérus; alors exercez un second mouvement de bascule en sens opposé du premier. Ainsi le col de la matrice est soulevé, et sa partie postérieure se présente à l'orifice supérieur de l'instrument. Il est facile de la voir et de la cautériser au besoin; j'ai essayé aujourd'hui même cet instrument sur un assez grand nombre de femmes offrant des déviations utérines : je n'ai obtenu aucun heureux résultat. (Lisfranc, *loc. cit.*)

La tige métallique terminée en bec de cuiller, que M. Leroy d'Etiolles glisse dans le speculum, n'est pas dépourvue d'utilité dans certaines circonstances, lorsque l'extrémité n'est pas trop volumineuse pour s'engager dans la capacité de l'instrument.

M. Armand Jobert de Dole (Voir *Gaz. des Hôpitaux*, 22 mai 1842,) se sert d'un conducteur du speculum; c'est une tige à l'une de ses extrémités. On glisse cette tige sur le doigt indicateur entre la paroi du vagin et le col utérin dévié; on l'y maintient fixement. On engage ensuite l'extrémité externe du conducteur dans le speculum; et lorsqu'elle arrive contre le museau de tanche, on fait exécuter à cette tige un mouvement de bascule à

l'aide duquel elle ramène le plus possible l'extrémité inférieure de la matrice vers sa position ordinaire ; alors, à mesure qu'on retire le conducteur, on enfonce le speculum qui saisit et embrasse le col de l'utérus s'il n'est pas trop volumineux ; lorsqu'il est trop gros et engorgé, la manœuvre échoue.

« Faudrait-il engager dans la partie inférieure de la capacité de la matrice une tige mousse et mince qui soulèverait le col de cet organe, et qui, engagée ensuite dans le speculum, lui servirait de conducteur, et permettrait de le placer convenablement? Ce moyen est fort dangereux ; il peut produire une métrite aiguë et une métro-péritonite ; il doit être rejeté.

» Nous préférons mettre en usage la manœuvre suivante : le speculum étant parvenu sur le col utérin, nous le retirons lentement, tant que l'utérus qui descend avec lui le suit ; au moment où nous cessons de voir cet organe dans le fond de l'instrument, nous relevons le plus possible l'extrémité externe de celui-ci ; elle forme avec l'axe du bassin un angle que nous ne pouvons pas indiquer, car il varie beaucoup suivant les sujets ; nous exerçons ensuite sur le speculum des pressions de bas en haut et d'avant en arrière ; sa partie supérieure remonte en déprimant la région postérieure du vagin ; lorsqu'elle est sur le point d'arriver à son extrémité supérieure, on le fait basculer un peu en avant ; elle se loge entre ce canal et le col de la matrice. Ce temps de la manœuvre que nous décrivons ne réussit pas toujours ; on le recommence. Il est plus difficile sur les femmes dont la matrice accompagne le speculum très-bas. L'orifice inférieur du vagin gêne singulièrement le mouvement de bascule qu'on fait exécuter à l'instrument.

» Nous avons dit que la partie inférieure de la matrice était située au devant, ou, si l'on aime mieux, au-dessus du speculum. Alors on le retire doucement, très-peu, pendant que les yeux sont fixés dans sa capacité. A mesure que l'on commence à voir le col utérin se présenter à l'orifice supérieur de l'instrument, on presse de bas en haut sur celui-ci, qui, s'appliquant sur l'extrémité inférieure du museau de tanche, arrête le mouvement qui le porte en arrière ; aussitôt qu'on a bien exploré, et au besoin cautérisé la partie de l'utérus accessible à la vue, on attire encore le speculum très-légèrement à soi ; une nouvelle surface est mise à découvert, et ainsi de suite, en procédant toujours de la même manière. » (Lisfranc, *loc. cit.* t. II, p. 289.)

Quelquefois, parce que l'instrument a été trop abaissé, le col utérin passe avec une grande rapidité devant son extrémité supérieure, de telle sorte qu'on n'a presque rien vu, et qu'il n'est pas possible de faire usage du caustique ; alors, on répète la manœuvre.

En ce cas, on pourrait renverser la position de la malade. Elle se met sur les genoux et sur les coudes ; le col de l'utérus incliné en arrière se porte souvent assez en avant pour être embrassé par le speculum. Le chirurgien est nécessairement alors placé à la partie postérieure du bassin.

Si l'utérus est fortement dévié en avant, l'application du speculum est très-difficile. Voici la manœuvre proposée par M. Lisfranc pour lever cette difficulté : « Le speculum dont on incline le plus possible l'extrémité externe en arrière parvient à la hauteur de la partie inférieure de l'utérus. On prie alors la femme de faire des efforts comme si elle allait à la garde-robe ; à mesure que la matrice descend, on pousse le speculum sur elle, en même temps qu'on fait exécuter à l'instrument un mouvement de bascule, à l'aide duquel son manche est porté en avant. Ainsi, le col de l'organe est presque toujours emboîté par le speculum, qui, ordinairement, le ramène et le maintient vers la ligne médiane du bassin. » (*Loc. cit.*)

Si, comme il faut toujours le faire, on pratique le toucher avant d'appliquer le speculum, pour s'assurer de la position du col de la matrice, on ne perdra pas de vue que le toucher doit alors être préparatoire seulement. S'il était exercé rigoureusement, il fatiguerait et exposerait, dans le cas où des solutions de continuité existeraient, à faire couler du sang, ce qui masquerait les parties et empêcherait de bien observer la maladie.

Le speculum lui-même peut produire un suintement sanguin. Alors, avec un pinceau de charpie, ou bien à l'aide d'un morceau de coton cardé qu'on porte sur la partie saignante, on la dessèche. Quand le sang continue d'être exhalé, on pratique des injections presque froides dans le speculum ; à une plus basse température, elles ne seraient pas toujours sans inconvénient.

On absterge encore le col de la matrice dans le fond du speculum, pour le débarrasser des mucosités et des autres matières de sécrétion qui s'y rencontrent. Le mucus est quelquefois d'une ténacité extrême, et on est obligé, vu l'insuffisance de la charpie ou des morceaux de coton, d'introduire dans le speculum une certaine quantité d'eau légèrement chaude. Suivant l'angle formé par l'instrument et l'axe du bassin, le liquide sort avec plus ou moins de facilité. On est souvent obligé d'éponger pour enlever les dernières parties. Mais alors il ne faudrait pas, pour faire écouler le liquide, incliner le speculum, ce mouvement serait presque toujours fort douloureux.

Il faut bien examiner le col avant de l'absterger, car, dans certaines circonstances, toutes les fois que vous exercerez sur lui, pour le nettoyer, les plus légers frottements, le sang coulera, et vous jugerez moins bien l'état pathologique.

« Une cicatrice récente et rouge encore peut être confondue, au fond du speculum, avec des érosions très-superficielles, et vice versâ : ici, il n'est pas possible d'examiner la surface du col de l'utérus de côté, comme on ferait pour la cornée transparente, quand on y soupçonne des ulcérations très-légères qu'on ne pourrait pas voir en examinant en face l'œil malade; mais on pratique des frictions avec le pinceau, et le diagnostic est établi. Si, en effet, l'instrument est retiré tâché de sang, il existe une surface dénudée; si, au contraire, il ne présente aucune tache rouge, l'ulcère est guéri. Ce moyen d'exploration que j'ai indiqué depuis longtemps est d'une très-grande importance, car il apprend à éviter des applications de caustiques qui, reproduisant la solution de continuité, l'éternisent pour ainsi dire, et déterminent des irritations assez fréquemment répétées; elles ne sont pas sans danger. Le précepte sur lequel j'insiste est malheureusement fort peu connu, bien que, recueilli dans mes leçons, il ait été plusieurs fois consigné dans les journaux de la science. »(Lisfranc, *loc. cit.* t. II, p. 293.)

1° *Des circonstances qui contre-indiquent l'application du speculum.*

Après avoir recommandé d'une manière si expresse l'application du speculum et après avoir cherché à montrer les avantages de ce précieux moyen de diagnostic, il nous sera permis, sans doute, de dire quelques mots sur les circonstances qui contre-indiquent son emploi et les dangers qu'il peut causer. On ferait un bien long et bien triste chapitre si on voulait écrire sur les dangers des moyens de diagnostic mal dirigés ou employés d'une manière inopportune ou abusive. Voyez tout le mal que peut produire un cathétérisme mal fait ou employé mal à propos; voyez même les dangers de la percussion faite sans mesure.

«Les cas qui contre-indiquent l'emploi du speculum au moins momentanément, sont, selon M. Ricord : 1° une inflammation trop intense surtout de la vulve et de l'entrée du vagin ; 2° la présence de la membrane hymen, qu'il faut respecter dans la plupart des cas ; 3° l'étroitesse des parties chez les jeunes filles; et je n'ai pas besoin, ici, de relever la fausseté de la proposition récemment émise dans un article sur le toucher et l'application du speculum, que les parties génitales étaient d'autant plus dilatables, que les filles étaient plus jeunes et qu'elles perdaient leur dilatabilité chez l'adulte ! 4° Dans un âge plus ou moins avancé, le canal vulvo-utérin, devenu peu souple, peut être rétréci en entier ou seulement dans quelques points de son étendue, de manière à ne plus permettre sans danger l'introduction du speculum; 5° pendant le temps des règles, l'introduction du speculum, qui se fait sans danger, lorsque les femmes ne le redoutent pas, est au moins inutile, car le sang menstruel masquant les parties, il n'est plus possible de rien voir ; toutefois, ayant eu l'occasion de l'appliquer un grand nombre de

fois, je puis assurer que l'orifice utérin, pendant l'écoulement des règles chez les femmes qui n'ont pas eu d'enfant, n'était pas sensiblement dilaté, et était loin au moins d'admettre le bout du doigt indicateur, comme on l'a encore récemment avancé dans l'article sur le toucher que j'ai déjà cité.

» L'état de grossesse n'a pas été pour moi une contre-indication. Dans les cas où un examen était nécessaire, l'introduction du speculum faite avec sagesse et d'une manière lente et graduée n'a pas offert plus d'inconvénients que le toucher ordinaire » (*Mém. et obs.*, par Ph. Ricord, pag. 26 et suiv.)

Ici nous nous permettrons d'être plus prudent encore que M. Ricord. Il est évident qu'on ne peut savoir d'avance l'effet que peut produire l'application du speculum dans un cas de grossesse. On sait avec quelle facilité avortent certaines femmes. D'un autre côté, le toucher est un moyen de diagnostic qui peut suffire alors pour les déterminations thérapeutiques qu'on a à prendre; car, pendant l'état de grossesse, les moyens très-énergiques dirigés sur l'utérus ne doivent jamais être employés. Ainsi, pour nous, jamais le speculum n'est formellement indiqué dans les cas de grossesse. Cette proscription n'est pas dictée ici par la théorie seule, elle est inspirée par des faits malheureux qui se répètent encore trop souvent.

Nous sommes persuadés aussi que dans les cas où l'application de cet instrument est indiquée on répète trop souvent cette manœuvre. On parle très-souvent des froissements, des contusions même de la vulve contre le col de l'utérus pendant le coït, d'où vient que dans l'ordre de ces causes des maladies de l'utérus on ne range pas les froissements causés par l'extrémité utérine du speculum, surtout quand cet instrument est mal dirigé?

Ainsi, sans être aussi timide que M. Gibert, nous louons ce médecin d'avoir fait une brochure contre l'abus du speculum. Parmi les cas qui, selon M. Gibert, contre-indiquent l'emploi du speculum, on remarque ceux-ci, que nous citons d'après le texte même :

1° Il est inconvenant, inutile et dangereux (hors le cas de syphilis), de recourir à l'exploration directe à l'aide du speculum uteri, lorsqu'il n'existe point de symptômes locaux propres à faire soupçonner l'existence d'une lésion de la matrice. Les accidents hystériques ou hystériformes, les douleurs abdominales variées ne suffisent pas, en l'absence des symptômes locaux, pour motiver l'emploi du speculum.

2° Au contraire, dans le cas d'écoulement morbide quelconque, et chez toutes les femmes atteintes ou soupçonnées de syphilis, l'examen par le toucher et par la vue (au moyen du speculum) donne des lumières indispensables pour asseoir un diagnostic complet et assuré, bien que nous exceptions, en thèse générale, les filles vierges ou impubères. (*Remarques pratiques sur les ulcérations du col de la matrice et sur l'abus du speculum uteri*; par Gibert, 1837, page 19.)

2° *Des soins que peuvent exiger les femmes après l'application du speculum.*

Ayant admis que l'application du speculum peut avoir des inconvénients, des dangers, nous devons dire un mot des moyens de les prévenir.

On aura surtout des craintes si l'application du speculum a été difficile pour le praticien, douloureuse pour la malade; si du sang a souillé l'instrument ou s'est écoulé par la vulve après la sortie du speculum. Avant tout, on ordonnera le repos. La voiture ne sera pas permise, une promenade ainsi faite peut avoir les plus grands inconvénients.

Voici un fait qui prouve ce que nous avançons :

« Une jeune femme était affectée d'une maladie de l'utérus; je mis en usage le speculum, la capacité du vagin était très-étroite et la sensibilité de cet organe fort exquise; je déterminai de vives douleurs. Madame X... se rendit, contre mes avis, en cabriolet au bois de Boulogne, elle y fit à pied, un peu d'exercice; de retour chez elle, ses souffrances augmentèrent, je fus appelé, et je reconnus une métrite aiguë qui céda heureusement aux moyens appropriés. » (Lisfranc, *Clinique chirurg.*, tome II, page 282).

Les femmes nerveuses, irritables,

celles qui ont beaucoup souffert de l'application du speculum devront immédiatement faire des lot ons fréquentes avec des décoctions émollientes presque froides, s'il n'y avait pas d'inflammation antérieure ; autrement, il vaudra mieux que le liquide soit tiède. On ordonnera des injections pratiquées avec beaucoup de douceur avec l'eau de guimauve et de pavot à la température de l'appartement, ou un peu chaudes, s'il y a une irritation antécédente. On est quelquefois obligé d'appliquer des topiques sur l'abdomen, d'administrer des lavements, enfin d'avoir recours aux bains entiers. Les cataplasmes les plus convenables, selon nous, devront être faits avec de la mie de pain cuite dans une décoction de feuilles de mauves et de têtes de pavot. Il ne faut pas que ces topiques soient froids, mais on n'élèvera pas trop leur température. On enveloppera le cataplasme avec un linge très-fin ou de la gaze et par dessus on mettra plusieurs couches de flanelle; on peut encore recouvrir le tout avec du taffetas ciré.

Les lavements ne doivent pas être entiers; on n'en donnera que le quart. On pourra les répéter plusieurs fois par jour. Ils seront composés avec la décoction de têtes de pavot, de morelle : ou bien dans des lavements simples on ajoutera une ou deux fois par jour dans les vingt-quatre heures six à huit gouttes de laudanum de Sydenham. Si on administre un bain entier la malade sera entourée de tous les soins, de toutes les précautions possibles pour qu'elle ne se refroidisse pas en sortant de l'eau.

Si ces moyens ne rendaient pas le calme, si la malade était jeune, forte, si les douleurs abdominales persistaient, et surtout si elles allaient en augmentant, on ferait bien de pratiquer une petite saignée du bras ou mieux d'appliquer une trentaine de sangsues sur l'abdomen.

§ 5. Percussion de la matrice.

Nous allons citer textuellement M. Piorry, et cela avec d'autant plus de soin que les moyens qu'il propose ici n'ont pas été expérimentés par les praticiens qui se sont occupé des maladies de matrice. Cependant, nous aurions cru laisser une lacune en omettant la *percussion*. Mais, en faisant mention de ce moyen, nous devons en laisser l'honneur et la responsabilité à qui de droit. Nous en ferons de même pour la *mensuration de l'utérus*.

« Pour bien percuter la matrice, il faut explorer attentivement et successivement, avec la percussion superficielle et profonde, tous les points de l'organe qui peuvent faire saillie au-dessus du pubis. Il faut chercher à apprécier, en y apportant un soin extrême, les différences de dureté ou de mollesse, de résistance ou d'élasticité qu'offrent les divers points de l'organe distendu; bien entendu que si la matrice est sensible, on y mettra une prudence infinie, qu'on percutera même avec légèreté, bien qu'en employant la force nécessaire, soit pour obtenir du son, soit pour reconnaître le degré de densité de la tumeur.

» Dans quelques cas, il faut, à l'aide de la plessimétrie, aller chercher l'utérus jusque dans la profondeur du bassin. Pour cela, on déprime le bas-ventre avec le plessimètre, et on le fait doucement, lentement, et sans percuter, jusqu'à ce que l'instrument soit porté le plus bas possible. De cette manière, on peut quelquefois arriver à plus d'un pouce au-dessous du rebord supérieur du petit bassin. C'est lorsqu'on a pénétré aussi profondément qu'on l'a jugé convenable que l'on commence à percuter, et il suffit, le plus souvent, d'un seul coup de doigt pour apprendre si des intestins remplis de gaz ou un corps solide, tel que l'utérus, sont situés sur le point qu'on explore.

» Les résultats de la percussion plessimétrique de la matrice sont les suivants :

» 1° Lorsque l'utérus est vide, peu volumineux, profondément plongé dans l'excavation du bassin, lorsque la cavité de celui-ci est spacieuse, la percussion sur le plessimètre, à quelque profondeur que celui-ci soit porté, ne trouve pas la matité en rapport avec la présence de la matrice. A moins que la vessie soit pleine d'urine, que les intestins ne contiennent des matières, ou ne soient vides de gaz; à moins encore de l'existence de tumeurs dans le

bassin, etc., on trouve alors dans celui-ci un son tympanique, dû à la présence des fluides élastiques contenus dans le tube digestif.

» 2° Si, dans les circonstances précédentes, on introduit un doigt dans le vagin, si l'on relève le col utérin et, par conséquent, le corps, tandis qu'on fait percuter le plessimètre, que l'on tient profondément appliqué avec l'autre main dans le bassin, on peut rapprocher l'organe de l'instrument et obtenir alors de la matité. Par ce moyen, on juge assez bien de la distance qui sépare, d'une part, le doigt introduit dans les parties génitales, et, de l'autre, le plessimètre. On a ainsi une mesure approximative du volume du corps de l'utérus.

» 3° Lorsque l'organe est augmenté de volume, même à un faible degré, surtout lorsque le bassin est petit, peu profond, on trouve, par la percussion sur le plessimètre, profondément porté dans le bassin, un son obscur en rapport avec la matrice. Ceci a lieu dans les cas de grossesse commençante, de tumeur utérine produite par une cause quelconque, etc.» (*Traité du diagnostic*, t. III, page 482 et suiv.)

§ 6. Mensuration de la matrice.

Il est difficile de mesurer l'utérus. Sur ce point, comme sur beaucoup d'autres, il est des praticiens très-estimables qui se sont fait de grandes illusions.

Ce n'est pas une raison de mettre de côté les moyens de mensuration, au contraire, on doit les exposer pour qu'on cherche à en tirer un meilleur parti. Ces moyens sont en partie connus, car ce sont surtout la palpation, le toucher direct et indirect, puis la percussion et le cathétérisme. On apprécie le volume du corps: 1° Par la palpation hypogastrique, et le toucher pratiqué simultanément par le vagin, puis, à l'aide d'un doigt introduit dans le rectum, et d'une main placée sur la portion utérine de l'abdomen, on mesure la distance entre ces deux points; 2° à l'aide de la percussion qui, pratiquée sur le pubis et au-dessus du pubis, fait, selon M. Piorry, reconnaître quelles sont, en hauteur et en largeur, les proportions de volume de la matrice; 3° par le toucher du vagin, combiné avec la percussion; 4° par le cathétérisme de la vessie, combiné avec le toucher du vagin ou du rectum: la distance qui sépare alors la sonde et le doigt donne, en effet, quelques notions, mais approximatives, sur le volume de l'utérus; 5° par un compas d'épaisseur particulier qui, très-mousse, à l'extrémité de l'une de ses branches, introduite par le vagin sur le col de la matrice, aurait son autre branche portée sur les points de l'abdomen, où la palpation et la percussion feraient trouver l'utérus.

La mesure transversale du col de l'utérus peut être obtenue: 1° par le toucher, et c'est le procédé dont on se sert le plus anciennement, et encore le plus habituellement; 2° par l'inspection, à l'aide du speculum, et ce moyen d'exploration offre beaucoup d'avantage; 3° par un compas à pointes mousses qui, porté sur deux points opposés du col utérin, permet de reconnaître, d'une manière exacte, son diamètre transversal. La hauteur du col ne peut guère être donnée, dans la majorité des cas, que par le toucher vaginal, qui permet d'apprécier jusqu'à quelle profondeur le doigt peut être porté au-dessus du niveau de la surface du col de la matrice. Peut-être pourrait-on avoir ici, pour apprécier la hauteur du col, un procédé plus exact. Il serait possible, en effet, de se servir d'une tige arrondie par son extrémité, et qui porterait un curseur mobile dans une partie de son étendue. Celui-ci aurait un support qui indiquerait sur la tige la distance à laquelle ce curseur serait de l'extrémité de l'instrument. On porterait, sur le doigt, cette extrémité vers le point de l'utérus où le col est implanté; on appliquerait ensuite le curseur sur la surface du col, et on aurait alors, au dehors, une mesure exacte indiquée, sur la tige, par le support du curseur. (Piorry, *Traité du diagnostic*, tome III, page 482.)

Personne ne nie les avantages d'une mensuration exacte dans les cas de maladies de matrice; ce qui sera encore moins nié, ce sont les difficultés d'arriver à ce résultat, et il est des praticiens qui trouveront que toutes ces manœuvres ne sont pas toujours sans dangers.

§ 7. Application du stéthoscope.

« On a eu aussi l'idée de fabriquer un stéthoscope qui pût s'appliquer sur l'orifice vaginal de l'utérus; c'est là le métroscope de M. Nauche. Mais cet instrument en apprendrait probablement beaucoup moins, en général, que le stéthoscope ordinaire promené sur le ventre, et il exposerait sans doute à des erreurs, provenant des bruits que les vaisseaux du vagin pourraient transmettre au tube avec lequel ce canal serait immédiatement en rapports, et en rapports beaucoup plus sûrs et plus étendus que le col de la matrice. » (Boivin et Dugès, *Maladies de l'utérus*, tome 1er, page 64.)

ARTICLE II.

Erreurs de diagnostic et sources de ces erreurs.

Les erreurs de diagnostic concernant les maladies de la matrice sont nombreuses. Nous allons en enregistrer quelques groupes comme exemples. Ceux qui ont déjà étudié ces maladies comprendront que la liste eût pu être plus longue. Ces erreurs ont des sources différentes. Elles viennent, en partie, des malades, et, il faut savoir l'avouer, en partie des chirurgiens. La matrice ayant de très-nombreuses sympathies, et ces sympathies s'exaltant quelquefois sur un point plus ou moins éloigné de l'origine d'où elles partent, c'est vers leur retentissement qu'on porte toute son attention, et cela d'autant plus facilement, que c'est sur ce point que la malade rapporte ses souffrances les plus vives. Ainsi il n'est pas rare de voir venir dans les consultations publiques, et surtout particulières, des femmes qui accusent des symptômes qui se rapportent aux souffrances de l'estomac, des intestins, des seins, tandis qu'elles se taisent sur ce qui se passe du côté de l'utérus, et même elles répondent d'abord par la négative sur la question de savoir si vers cet organe elles n'éprouvent pas quelque chose d'anormal. Le système nerveux chez ces malades étant souvent fort excité et leur imagination très-vive, on comprend combien elles peuvent favoriser les erreurs, pour peu que le chirurgien mette de la confiance en leurs réponses. Il est même des circonstances toutes sociales, une certaine coquetterie qui portent les femmes à nier ou à cacher les symptômes qui peuvent être rapportés aux lésions de la matrice. Mais procédez indirectement; portez d'abord vos questions sur ce qui se passe du côté des lombes, des membres inférieurs; elles répondront souvent qu'elles ont des *maux de reins*, des crampes au haut des cuisses; arrivez à la menstruation, et vous trouverez qu'elle est irrégulière. En cherchant à connaître la qualité du sang menstruel, en demandant s'il est pâle, s'il est mêlé à quelque humeur, vous arriverez à la question des flueurs blanches.

« On leur propose (à ces femmes), dit M. Lisfranc, de mettre en usage les moyens d'investigation; c'est alors qu'elles résistent, que souvent leur volonté paraît inébranlable, qu'elles ne consentent à rien, et qu'elles sortent de mon cabinet de consultation même avec l'idée que je suis dans l'erreur, malgré tous les efforts que je fais pour leur persuader le contraire, en leur citant des faits, en les effrayant, non pas sur leur état présent, qui n'inspire aucune inquiétude, mais bien sur l'avenir, qui peut-être leur serait funeste. Rentrées dans leur famille, elles réfléchissent; entourées par la sollicitude et par les instances de leurs maris, de leurs parents, elle reviennent bientôt et semblent alors se sacrifier à une idée préconçue. On touche, et l'on reconnaît ordinairement un engorgement de l'utérus; les douleurs légères que les malades éprouvent quelquefois sur la matrice commencent heureusement à les convaincre. On traite l'affection morbide qu'on vient de constater définitivement; elle diminue, elle disparaît, et l'on voit bientôt diminuer et disparaître aussi les prétendues maladies des reins, de l'estomac, des intestins, etc.

» Un de mes confrères, M. le docteur Haracque, a conduit chez moi une malade qui prétendait être affectée d'une gastro-entérite rebelle. Il nous fut d'abord très-difficile de la faire s'expliquer sur des symptômes fort légers qu'elle éprouvait du côté de l'utérus, dont l'affection morbide était d'ailleurs, même pour nous, presque entièrement latente. Les deux

médecins insistèrent pendant une demi-heure, au moins, sur la nécessité indispensable de pratiquer le toucher : ils n'obtinrent rien ; ils furent repoussés avec une sorte de dédain. Un mois après environ, nous revîmes cette dame. Je viens, dit-elle, pour me soustraire aux sollicitations et aux tracasseries suscitées dans ma famille ; je me soumets à ce que vous m'avez proposé ; je m'y serais décidée il y a déjà longtemps si je n'étais pas convaincue, je vous en demande pardon, que vous êtes dirigé par des préoccupations. Je touche : je reconnais un engorgement volumineux de la matrice. Les faits de ce genre sont fort communs ; il est même de malheureuses femmes qui portent des cancers affreux, qui ne se doutent pas de leur existence, qui ne souffrent nullement, disent-elles, et qui viennent prendre un avis, parce qu'elles sont affectées d'un écoulement, ou parce que quelques voisines les ont averties qu'elles pourraient bien avoir une maladie légère de matrice. » (*Clin. de la Pitié*, t. II, p. 185 et suiv.)

Passons maintenant à l'indication des principales sources des erreurs de diagnostic qu'on pourrait commettre.

Confusion entre les maladies du rectum et celles de la matrice.

Une femme vint consulter M. Lisfranc pour une affection morbide qu'elle portait disait-elle, à la partie inférieure de cet intestin. Selon elle, la maladie datait de plus de six mois ; elle avait résisté à un grand nombre de moyens. Le chirurgien demanda s'il existait des douleurs dans le bassin ; on répondit par la négative. Un écoulement blanc, léger, dont la malade était habituellement affectée avait un peu augmenté ; quelques anomalies s'étaient fait observer dans la menstruation. Le toucher vaginal montra l'utérus très-engorgé ; son col était dévié en arrière. L'exploration du rectum ne fit constater aucune trace de maladie. Je combattis, dit M. Lisfranc, l'hypertrophie de la matrice ; je l'amendai, je la dissipai ; les douleurs de l'intestin diminuèrent et disparurent aussi.

Voici des erreurs inverses. Les premiers faits appartiennent encore au livre de M. Lisfranc ; l'observation qui suit est extraite d'un journal étranger : « J'ai vu plusieurs malades qu'on soignait pour des affections de l'utérus ; les douleurs siégeaient en même temps sur cet organe et sur le dernier intestin ; je les touchai tous les deux, et j'acquis la conviction que le premier était à l'état normal, et le second à l'état morbide. Ces observations, et beaucoup d'autres que je m'abstiens de citer, démontrent qu'on doit pratiquer le toucher dans le rectum et par le vagin. » (*Clinique citée*, t. II, p. 188.)

Cockburn dit avoir vu une dame qui souffrait tellement quand elle avait quelque relation avec son mari, qu'elle ne pouvait en supporter les approches. Traitée d'abord pour une affection utérine, un examen plus attentif fit reconnaître l'erreur, et on découvrit des hémorrhoïdes internes qui, comprimées pendant le coït, déterminaient la douleur, laquelle cessa après leur guérison. (*Essais d'Edimbourg*, t. II, page 425.)

Confusion entre les maladies de la matrice, les douleurs lombaires, les maladies des voies urinaires.

Les douleurs lombaires sont ordinairement permanentes ; elles siégent tantôt à droite, tantôt à gauche ; assez souvent, sans qu'on en connaisse la cause, elles ne se déplacent qu'après trois, six ou huit mois ; il arrive que les femmes éprouvent ces douleurs en même temps des deux côtés. Ces douleurs sont rapportées au lumbago chronique, et plus souvent encore à une maladie des reins ou des uretères ; elles ont quelquefois la forme rémittente, ou continue, ou irrégulièrement intermittente ; le plus souvent, la pression les augmente, ainsi que la toux et quelques mouvements un peu énergiques de la malade. Mais le praticien remarquera que la sécrétion urinaire, et les urines elles-mêmes, sont à l'état tout à fait normal ; en effet, celles-ci n'entraînent ni mucosités, ni pus, ni gravier. Interrogez l'utérus, qui ne semble pas souffrir, pratiquez le toucher, vous trouverez presque toujours quelque état morbide ; vous reconnaîtrez ordinairement soit une ulcération, soit un engorgement, soit une tumeur de la matrice, car les ligaments

larges de cet organe ont pour ainsi dire porté ces douleurs à la région lombaire, lesquelles se dissipent à mesure que la maladie de matrice parvient à la guérison.

Les deux observations qui vont suivre sont remarquables sous plus d'un rapport. On verra, dans le premier cas, les heureux effets des notions plus précises que les chirurgiens les plus modernes ont acquises sur les maladies de matrice. Le second cas prouve à quels dangers étaient exposées les femmes quand elles étaient traitées par des hommes qui ignoraient le diagnostic des maladies de matrice.

« Une dame souffrait, depuis plusieurs années, d'une prétendue douleur rénale siégeant à droite; un grand nombre de médecins furent consultés. Les moyens thérapeutiques échouèrent; je fus appelé. La malade se plaignit de la moins grande abondance de ses règles, d'une chaleur incommode dans le bassin; je m'assurai que l'utérus était engorgé; je reconnus un peu plus tard, à l'aide du speculum, de légères érosions sur la partie inférieure de son col. Je mis en usage le traitement des maladies de la matrice. Un mois suffit pour dissiper les souffrances lombaires; l'utérus guérit. Il s'est récemment engorgé de nouveau; la douleur du flanc s'est renouvelée très-développée, tandis que Madame *** éprouve seulement quelques pesanteurs dans le bassin.» (Lisfranc, *Clin. chir. de la Pitié*, t. II, p. 189.)

« Chez une femme morte à la suite d'une opération de lithotomie, faite dans le dessein de la délivrer d'une pierre qu'elle n'avait pas, et que l'on croyait enkystée, on trouva la matrice située en travers dans le bassin; son museau appuyait sur la partie moyenne du rectum, et le haut de la partie antérieure de son corps sur le bas-fond de la vessie, et faisait bosse au dedans de ce viscère en y repoussant ses tuniques, bosse qui avait été prise pour un calcul enkysté. Cette femme avait tous les signes rationnels de la pierre. » (Lassus, *Méd. opér.*, t. I, page 315.)

Polypes de l'utérus confondus avec d'autres maladies de cet organe, et vice versâ.

Cette catégorie d'erreurs est une des plus fréquentes. Une femme de 60 ans portait depuis 14 ou 15 ans, dans le vagin, une tumeur, qu'on avait prise pour une chute de matrice, et qu'on avait réduite et contenue à diverses reprises par un pessaire. La dernière fois qu'elle se déplaça, la sage-femme qu'on appela pour la réduire, dans les tentatives qu'elle fit, tordit le pédicule de la tumeur, qui se détacha, à son grand effroi. Lapeyronie eut de la peine à la rassurer et à lui persuader qu'elle n'avait pas arraché la matrice. (*Mém. acad. chir.*, t. III, p. 557.)

Levret rapporte trois observations communiquées à l'Académie, dans lesquelles la figure pyriforme d'un polype le fit prendre pour un utérus par des chirurgiens qui crurent avoir enlevé la matrice. (*Mém. acad. chir.*, t. III, page 520 et suiv.)

Hoin père, dans un cas de polype sorti hors de la vulve, et qui fut extirpé en partie par la ligature, pensa que l'on avait enlevé la matrice, car la tumeur était creusée d'une cavité; cependant, la malade eut, trois ans après, une fausse couche. (*L. c.*, p. 524.)

En 1823, une tumeur, du volume d'une tête d'enfant, qui pendait depuis plusieurs années à la vulve d'une femme, fut enlevée par MM. Richerand et Cloquet, qui pensaient avoir emporté l'utérus. Examen fait de la tumeur, on lui trouva une cavité et d'autres caractères propres à l'utérus; mais la malade étant morte, on fut bien étonné de rencontrer une matrice dans sa place habituelle. La tumeur enlevée était un énorme polype. (Velpeau, *Méd. opér.*, t. III, p. 598.)

Slevogt, ayant excisé du vagin d'une femme un corps volumineux, s'aperçut avec effroi que c'était l'utérus avec une portion des trompes. Toutefois, la malade guérit. (*Journ. des progrès*, 1827, t. II, p. 72.)

L'utérus renversé ou descendu, et pris tantôt pour un polype et tantôt pour le placenta adhérent, a été lié, arraché, excisé avec des résultats divers. Clarke, Bernhard, Johnson, Fab. d'Aquapendente, Op. p. 904. (*Journ. des progrès*, 1827, t. II, p. 75, 82, 84.)

Une femme se présente à M. Velpeau pour faire réduire une descente de l'uté-

rus qu'elle avait longtemps maintenue à l'aide d'un pessaire. M. Velpeau examine, et trouve entre les grandes lèvres une tumeur conique, surmontée d'une petite fente au sommet; il la repousse dans le vagin, et l'y maintient par un pessaire en bilboquet. Cette femme succombe quelques jours après à une péritonite. Il se trouve que la tumeur réduite n'est autre chose qu'un polype implanté dans le fond de l'utérus par un long pédicule.

Polype de l'utérus pris pour une hydropisie enkystée, pour une hypertrophie de l'utérus.

Dupuytren raconte qu'on lui présenta la femme du concierge du Conservatoire des arts et métiers, portant une tumeur dans le bassin; au premier examen, il crut avoir affaire à une hydropysie enkystée, ensuite à une énorme hypertrophie de la matrice. C'était un polype volumineux qui occupait toute la cavité de l'utérus qu'il avait extraordinairement agrandie, et celui-ci remplissait exactement toute la cavité du bassin. (Dupuytren, *Cliniq. chirurg.*, tome III, page 461.)

Polypes de l'utérus pris pour des cancers.

Obs. 1re. Une femme éprouvant des accidents du côté de la matrice, consulta Dupuytren. Le toucher lui fit reconnaître une tumeur pédiculée, naissant du col de l'utérus; il annonça au mari qu'il serait facile de l'enlever, et que, dans peu de temps, sa femme serait guérie.

Le mari, stupéfait, pria Dupuytren de réitérer son examen; cet examen le confirma dans son diagnostic. C'est alors que le mari lui dit qu'après avoir consulté un des chirurgiens les plus distingués de la capitale, celui-ci lui avait dit, après l'avoir touchée, qu'elle était atteinte d'une affection cancéreuse, et qu'elle n'avait pas trois mois à vivre. « Une autorité aussi » imposante, dit Dupuytren, me fit » craindre, je l'avoue, quelque erreur » de ma part; je me livrai à un troisième » examen, avec plus de soin, peut-être, » qu'auparavant; mais tout démontra » la justesse de mon diagnostic, et je » proposai encore l'opération comme un » moyen prompt et facile de guérison; » elle fut acceptée avec empressement, » et, au bout de quinze jours, la guéri- » son était parfaite. » (Dupuytren, *Cliniq. chirurg.*, tome III, page 463.)

Obs. 2. Madame L..., âgée de 37 ans, réglée à 14 ans, commença dès lors à éprouver des désordres du côté de l'utérus. A 22 ans, elle devint mère; le flux muqueux qu'elle avait depuis longtemps, diminua pendant la grossesse, et reparut plus abondant après; en 1816, elle consulta M. Carolan, qui toucha, reconnut un prolapsus de l'utérus et prescrivit un pessaire qui ne put être supporté. M. Forestier, consulté, employa sans succès les bains, les injections, le repos. M. Gauthier de Sancy prescrivit des pilules d'asa fœtida et de ciguë, sans aucune amélioration : au bout d'un an, il reconnut un polype, et demanda Boyer en consultation, celui-ci assura que madame L... était affectée d'un squirrhe ulcéré du corps même de l'utérus, et qu'il fallait se borner aux palliatifs.

M. Varulland, chargé de lui donner des soins, reconnut enfin un polype énorme et fit appeler Dupuytren : celui-ci reconnut la maladie et proposa l'amputation, qui fut pratiquée avec succès, malgré l'opinion de Boyer, qui reconnut alors le polype, mais qui fut d'avis qu'il fallait bien se garder d'y toucher. (Dupuytren, *Cliniq. chirurg.*, t. III, p. 511.)

Polype de l'utérus extirpé dans la croyance que c'était la matrice.

Collin, chirurgien de Nancy, enleva à une fille de 38 ans, une tumeur pendante hors des grandes lèvres, et qu'il prit pour la matrice. Ce qui contribua à le jeter dans l'erreur, ce fut une fente qui lui parut être l'orifice distinct de ce viscère.

La décision de l'Académie de chirurgie, qui reconnut que c'était un polype, put à peine lui ôter cette idée.

Renversements de la matrice, pris pour d'autres maladies de cet organe.

Obs. 1re. Une dame, à son premier accouchement, fut délivrée par une sagefemme qui tira le cordon avec assez de force; un chirurgien, appelé pour des douleurs ressenties par la malade, crut reconnaître une môle, saisit une masse charnue, et s'efforça pendant près d'une demi-heure de la faire sortir. Il essaya

alors d'avoir en détail la masse qu'il n'avait pu avoir tout entière, et il en déchira quelques portions avec les ongles. Les assistants, émus par les cris de la malade, ne le laissèrent pas continuer. Le lendemain, Hoin ayant été appelé, trouva la malade avec de la fièvre, une suppression de lochies, et reconnut un renversement de la matrice. La réduction, préparée par les saignées, etc., fut opérée le lendemain, et la malade obtint la guérison, quoique un peu lentement, en raison de la suppuration des parties déchirées. (*Mém. Acad. chirurg.*, tome III, page 582.)

Obs. 2. Une femme de 70 ans, qui n'avait pas eu d'enfants depuis l'âge de 40 ans, rendit, après de vives douleurs, une masse de chair. Le lendemain, une sage-femme ayant introduit sa main dans la matrice, y sentit un corps qu'elle ne put tirer, mais qui vint ensuite de lui-même se présenter à l'orifice du vagin; Goulard pensa que c'était la matrice renversée; mais d'autres chirurgiens, remarquant des fibres déchirées à la surface de ce corps, furent d'avis que c'était encore un corps étranger. Peu à peu ce corps s'étant allongé, on y appliqua une ligature qu'on serra tous les jours.

La femme mourut le dix-septième jour de la ligature, sans beaucoup de douleurs.

Ledran reconnut à l'autopsie que l'opinion de Goulard était vraie. (*Mém. Acad. de chir.*, t. III, p. 378.)

Maladies de la matrice méconnues, simulant ou produisant des affections nerveuses, dont la prédominance des symptômes masquait la lésion utérine.

La chorée, l'hystérie se lient quelquefois à des affections de la matrice qu'on avait méconnues, et qui tenaient sous leur dépendance les névroses en question, lesquelles n'ont pu être guéries que quand on s'est adressé à la matrice. Voici deux de ces observations :

Chorée. Une jeune personne âgée de 18 ans, d'une constitution nerveuse et sanguine, était affectée de cette maladie depuis trois semaines. Les moyens ordinaires avaient été mis en usage presque sans succès : les amendements obtenus par leur emploi ne s'étaient pas soutenus. La danse de saint Guy siégeait sur la face, sur la langue et sur les membres thoraciques; elle était très-développée. La menstruation offrait beaucoup d'irrégularité, les règles manquaient souvent, et souvent aussi elles coulaient incomplétement. On avait essayé en vain de les régulariser et de les rendre plus abondantes. La mère de mademoiselle X... avait observé que les médicaments mis en usage pour rendre la menstruation normale avaient aggravé l'état de sa fille.

Hystérie.

Obs. 1re. Une femme âgée de vingt-quatre ans, d'un tempérament nerveux et sanguin, était, depuis longtemps, affectée d'attaques hystériques qui se renouvelaient ordinairement tous les huit ou dix jours, quelquefois plus tôt, d'autres fois plus tard; elles avaient résisté à un si grand nombre de moyens que la malade se décida à confier sa guérison aux soins de la nature.

Cette dame fut atteinte d'une angine gangréneuse qui la fit succomber en quelques jours. M. Lisfranc obtint de faire l'autopsie. Il trouva la matrice engorgée, doublée de volume; son tissu offrait tous les caractères d'une subinflammation légère. (Lisfranc.)

Nous transcrivons en entier l'observation suivante, parce qu'elle ne contient pas seulement un fait de nature à éclairer le diagnostic, mais parce qu'elle renferme l'exposé des moyens thérapeutiques qui ont réussi à guérir l'affection de la matrice qui se liait à l'hystérie.

Obs. 2. « Une dame en proie à tous les symptômes d'une hystérie très-violente, dont les attaques se reproduisaient presque tous les jours, me fit appeler pour lui donner des soins : j'eus recours inutilement, pendant six semaines, aux moyens ordinaires de traitement.

» Je parvins enfin à pratiquer le toucher, pour lequel la malade avait une répugnance peu commune, je reconnus que l'orifice inférieur du vagin était d'une sensibilité excessive; cette femme pouvait à peine, en effet, supporter les approches de son mari, tant elles étaient douloureuses : la caloricité des organes internes de la génération que je pouvais atteindre était beaucoup augmentée, l'utérus avait

au moins doublé de volume, de légères pressions y déterminaient des douleurs très-vives; l'hypertrophie de cet organe me parut simple.

» Je fis garder pendant quinze jours le repos absolu dans la position presque horizontale sur une chaise longue.

» Régime : lait, œufs, fruits, légumes non aromatiques, poissons frais, viandes blanches, eau rougie, et quelquefois de l'eau de Seltz.

» Injections émollientes presque froides dans le vagin : on les faisait trois fois par jour. De deux jours l'un, un bain entier simple et chaud à l'eau de son : on y restait le plus longtemps possible; au besoin on le réchauffait. Repos très-absolu des organes sexuels, calme moral le plus parfait. Tous les matins, un lavement simple, entier, presque froid. En se couchant, on faisait usage d'un quart de lavement émollient, tiède, on y ajoutait de temps en temps six à huit gouttes de laudanum de Sydenham, ou bien encore huit décigrammes (seize grains) d'asa fœtida.

» Vingt-quatre heures après la cessation des règles, je faisais pratiquer au bras une saignée révulsive de quatre-vingt-dix grammes (trois onces), cette émission sanguine était répétée au milieu de l'intervalle des menstrues. Pour tisane, décoction de saponaire sucrée. Tous les jours, une pilule de cinq centigrammes (un grain) de poudre de ciguë; on porta graduellement la dose de ce médicament à deux décigrammes (quatre grains).

» Sous l'influence de ces moyens employés pendant six semaines, la grande susceptibilité nerveuse fléchit, les attaques d'hystérie s'éloignèrent, et furent moins violentes; la caloricité du vagin devint normale, l'engorgement de l'utérus perdit environ un quart de son volume, la malade recouvra l'espérance qu'elle avait perdue, la tristesse dans laquelle elle était depuis longtemps plongée se dissipa presque entièrement, l'exercice léger, qui autrefois provoquait les crises, était même agréablement supporté.

» Vers la fin du quatrième mois, les pilules de ciguë, la tisane de saponaire, dont nous avions d'ailleurs quelquefois suspendu l'usage, fatiguèrent l'estomac; nous cessâmes l'emploi de ces moyens, nous continuâmes l'usage des autres, en faisant néanmoins abstraction de la saignée révulsive pratiquée au milieu de l'intervalle des règles : alors la sensibilité des organes génitaux était presque normale, l'utérus n'offrait qu'un quart en sus environ de son volume ordinaire; les attaques d'hystérie n'existaient plus; le toucher ne produisit pas de douleur.

» Sixième mois : même médication. L'hystérie n'a pas reparu; la matrice offre son volume naturel, sensibilité et caloricité normales des organes génitaux : guérison. L'acte de la génération est exécuté sans aucun inconvénient.» (Lisfranc, *Clin. de la Pitié*, t. II, p. 196 et suiv.)

La matrice, en se développant, peut exercer des compressions nerveuses ou agir de toute autre manière pour produire des symptômes de paraplégie; nous allons en citer un exemple fort remarquable, emprunté encore à pratique de M. Lisfranc.

Obs. 3. Une dame de 36 ans avait eu d'abord de l'engourdissement aux cuisses et aux jambes : graduellement la marche fut plus fatigante, plus difficile et enfin impossible. Cependant les membres abdominaux conservaient toute leur sensibilité. Le mouvement seul était aboli. Il y avait des douleurs, souvent assez fortes, à la partie supérieure du bassin et sur la région lombaire du côté gauche.

Les menstrues avaient leur régularité, et leur quantité était normale; point de pertes, ni rouges, ni blanches, les rapports conjugaux ne causaient pas de douleur.

Plusieurs médecins crurent à une maladie de la moelle épinière ou de ses enveloppes, et on mit en usage les sangsues, la phlébotomie spoliative, les bains généraux émollients, un régime doux, auxquels on fit succéder les vésicatoires, les cautères, les moxas, un séton, la brucine, la strychnine, les douches simples et médicamenteuses, les eaux thermales, etc., tous ces moyens échouèrent, la maladie semblait incurable.

Lorsque je vis madame X.... pour la première fois, dit M. Lisfranc, elle me dit que les exutoires placés près du bassin

y avaient déterminé beaucoup de chaleur, qu'elle avait éprouvé des coliques de règles, expression dont les femmes se servent souvent pour distinguer les douleurs de matrice des douleurs d'intestins : ces circonstances suffirent pour me déterminer à proposer le toucher; on n'y consentit pas, parce qu'on le croyait absolument inutile. J'insistai et je ne réussis pas à faire agréer ma proposition ; je me retirai sans prescrire aucune médication, si j'en avais donné une, on se serait retranché derrière elle, on aurait pensé que l'examen des organes génitaux n'était pas indispensable : j'aurais manqué aux devoirs de ma profession en faisant de la médecine de complaisance, car le traitement que j'aurais prescrit aurait essentiellement péché par sa base, puisqu'on ne m'avait pas permis de le fonder sur les recherches nécessaires au diagnostic de la maladie.

Quelques mois s'écoulèrent, l'affection morbide de madame X... ne s'amenda pas; je fus appelé de nouveau : alors je reconnus un engorgement très-volumineux du corps de l'utérus, dont le col était entièrement effacé; sous l'influence du toucher exercé même avec assez de force, l'organe ne faisait éprouver aucune douleur, immobile dans le bassin qu'il remplissait presque complétement, il offrait une dureté assez marquée, il ne présentait d'ailleurs ni bosselures, ni inégalités. J'administrai à l'intérieur l'iodure de potassium : on fit des frictions sur les aines, avec la pommade d'iodure de plomb; vingt-quatre heures après la cessation des règles qui étaient normales, j'eus recours à une saignée révulsive pratiquée au bras; elle fut de quatre-vingt-dix grammes (trois onces), je tins le ventre libre, à l'aide des lavements peu chauds ; on fit dans le vagin des douches ascendantes avec l'eau de guimauve à la même température : on prit des bains de Barége ; déjà trois mois s'étaient écoulés et le traitement n'avait produit aucun amendement; la malade en était fatiguée : je la priai de vouloir bien le continuer, car il est certain qu'on parvient souvent à guérir les malades chroniques en opposant de l'opiniâtreté à leur ténacité ; dès le quatrième mois, le tissu de la matrice se ramollit légèrement, son volume diminua, elle devint mobile, dans le bassin, mêmes moyens.

Sixième mois : l'utérus a perdu un tiers de son volume, la malade peut fléchir légèrement les orteils et la jambe, peu à peu, mais toujours lentement, l'organe perd de sa consistance et revient à son état normal ; en même temps, la paralysie fait des progrès vers la guérison qui est obtenue au bout de deux ans. (Lisfranc, *loc. cit.*)

ARTICLE III.

Vices de conformation de la matrice.

§ 1. Développement insuffisant de la matrice.

A. Paré fait mention de cette disposition de l'utérus, qu'il appelle *angustie et petitesse de la matrice.* Selon ce grand chirurgien, cette circonstance est une cause des vices de conformation du fœtus, qu'il explique surtout par l'effet mécanique de l'utérus sur le produit de la conception, lequel, étant dans un milieu trop étroit, ne peut se développer régulièrement et complétement.

Il arriverait alors au fœtus ce qui arrive à « une poire, attachée à l'arbre, posée en un vaisseau estroit, deuant qu'elle soit accrue, ne peut prendre croissance complette; ce qui est aussi conneu aux dames qui nourrissent des ieunes chiens en petits paniers ou autres vaisseaux estroits, pour les garder de croître. » (Paré, page 659, édit. de Lyon.)

L'insuffisance du développement de la matrice peut porter sur tous les points, ou particulièrement sur son corps, son col, les trompes ou les ovaires.

Il est évident que, dans le passage que nous venons de citer, A. Paré fait allusion à l'exiguïté du corps de l'organe. Mme Boivin paraît aussi vouloir parler de cette anomalie quand elle dit : « La matrice pourra être d'un volume tellement exigu qu'elle ne puisse remplir aucune de ses fonctions. » (Tome I, page 42.) Morgagni, Frank, d'autres auteurs encore tiennent le même langage. Quand ce sont tous les points du corps de l'utérus qui sont également exigus, l'organe conserve sa forme naturelle, seulement son volume, son poids, sa cavité sont diminués.

D'autres fois, au contraire, la moitié de la matrice, c'est-à-dire un de ses côtés a été arrêté dans son développement, tandis que de l'autre côté, la force formatrice a suivi son cours. On voit alors la matrice représenter un tube allongé. En effet, le col semble se continuer avec le corps, lequel n'est pas plus large que la première partie, et si la trompe s'hypertrophie, comme cela arrive quelquefois, la matrice est représentée par une corne absolument comme une de celles des animaux qui ont naturellement une matrice double.

Quand un côté de la matrice est ainsi développé, si la trompe de l'autre côté existe, elle ressemble à une branche artérielle qui se détache d'un gros tronc. Une matrice, ainsi conformée, a été disséquée, à Clamart, par M. Giraldès, pendant qu'il était chef des travaux anatomiques.

Le col subit aussi des modifications par défaut de développement; il est quelquefois à peine perceptible au fond du vagin; il n'est quelquefois représenté que par un petit mamelon avec ou sans ouverture. Si cette saillie est peu développée, et surtout si elle n'occupe pas le centre du cul-de-sac formé, en haut, par le vagin, on peut bien croire alors à l'absence du col, à l'impossibilité de la fécondation, et déclarer une femme stérile quand elle peut être très-féconde. C'est ce qui est arrivé dernièrement à un chirurgien qui ne manque pas de connaissances, surtout dans le diagnostic des maladies des femmes. Ce fait confirme de nouveau ce que nous avons dit de la nécessité d'un bon diagnostic avant de se prononcer sur tout ce qui a trait aux maladies des femmes.

Ce sont surtout les trompes, les ovaires, qui peuvent le plus souvent offrir des anomalies par atrophie congéniale, ce qui constitue des rétrécissements, des oblitérations de ces trompes, causes de stérilité, causes les moins connues, parce que nos explorations ne peuvent aller jusque-là.

§ 2. Absence de la matrice.

La plupart des vices de conformation dont nous venons de parler, se rapportent à l'absence partielle de la matrice. La force formatrice ou les matériaux nécessaires au développement de l'utérus peuvent complétement manquer, et alors il y a absence complète de cet organe. Nous dirons, tout d'abord, que cette absence complète, absolument complète de l'utérus est extrêmement rare. Plus souvent qu'on ne pense il reste des traces du système utérin, et plus souvent qu'on ne semble le croire, c'est une maladie qui a détruit des parties qu'on croit n'avoir jamais existé.

Ainsi, dans Casper's Vochenschrift, 1841, il est question d'une femme de quarante-quatre ans, chez laquelle il existait à peine des rudiments du col; les ligaments larges étaient à l'état normal, et les ovaires étaient rudimentaires. Ici, il est presque évident qu'il s'agissait d'un cas de destruction du corps de la matrice; la présence des ovaires semble en fournir une preuve sans réplique. On pourrait en dire autant des observations d'Engel, de Dupuytren, car malgré l'absence du corps de l'utérus, on a constaté la présence des ovaires. M. Renauldin a fait connaître une observation dans laquelle, entre autres détails, on trouve noté qu'il ne restait que des traces informes des ovaires, et, à la place de l'utérus, un cordon du volume d'une plume d'oie. Chez cette femme dont le cadavre a été disséqué par M. Renauldin, il n'y avait jamais eu de menstrues, ni le moindre développement des mamelles. Cette insuffisance du développement des mamelles a été considérée comme intimement liée à l'anomalie dont il est question ici. Mais cette connexité, dans le défaut de la force formatrice dans ces deux organes, n'a pas la constance que doivent exiger les hommes sérieux qui ont intérêt à porter un bon diagnostic. Le non développement des mamelles ne doit donc être considéré que comme un renseignement bon à noter.

Outre les anomalies des ligaments larges, des trompes, des ovaires, qui doivent nécessairement coïncider avec un manque prononcé de développement de la part de l'utérus, les autres parties du système génital de la femme peuvent aussi être modifiées. Ainsi le vagin peut manquer entièrement, ou être représenté par un canal très-étroit, ou simplement par un

cordon solide, comme nous l'avons dit en parlant des vices de conformation de ce canal. La vulve alors n'a jamais la conformation, le développement ordinaires. Les lèvres, grandes et petites, sont plus ou moins rudimentaires. Il arrive aussi que le vagin, les grandes, les petites lèvres, le clitoris, le méat urinaire, toutes les parties qui composent ce qu'on appelle la vulve, que toutes les parties génitales externes enfin, sont dans un état parfait de développement, et cependant la matrice manque; du moins, rien ne la fait présumer sur le vivant. La copulation est alors possible; elle peut être très-voluptueuse, très-recherchée par la femme. Et cependant le doigt porté dans le vagin ne rencontre qu'un fond sans ouverture à la partie la plus supérieure de ce canal. Dans le plus grand nombre des cas, le vagin est alors plus court; ce qui prouve qu'il y a une cloison qui le sépare de la matrice, laquelle n'est pas du tout absente; ou bien, si le vagin a sa longueur ordinaire, il n'est pas rare, en cherchant bien, de trouver un tubercule plus ou moins saillant, qui n'est autre que le col utérin à l'état rudimentaire. Avec l'absence complète de tout caractère anatomique, indiquant que la matrice existe, on peut constater une menstruation très-régulière et abondante, comme nous avons dit que l'on pouvait observer la jouissance du coït.

Mais si les désirs vénériens, les jouissances existent, si surtout la menstruation a lieu, et, avec elle, un certain développement des mamelles à l'âge où ce développement a lieu; si on observe ces phénomènes, on peut presque assurer que les ovaires existent. Or, l'existence de ces organes, en bonne anatomie, implique, sinon l'existence actuelle et obligée du corps de l'utérus, du moins son existence plus ou moins rapprochée du premier état embryonnaire. On voit, par ce que nous venons de dire, que nous diminuons de beaucoup les cas d'absence de l'utérus, et, en cela, pour ne pas altérer notre pensée, il faut qu'on note bien que nous parlons de l'absence *complète et primordiale*.

Moyens de reconnaître l'absence de la matrice. Nous avons déjà fait entendre plusieurs fois que le toucher vaginal pouvait singulièrement tromper quand il s'agit de constater l'absence de l'utérus. En effet, le doigt peut ne rencontrer au haut du vagin qu'un simple cul-de-sac, qui n'implique pas du tout l'absence de l'organe en question. Ce cul-de-sac peut être produit par une cloison, par une oblitération du vagin. Il peut exister entre ce canal et le col de la matrice un espace celluleux ou cellulo-fibreux qui sépare ces deux organes. Alors le canal, au lieu d'être vulvo-utérin, est simplement vulvaire.

Nous répétons, en faisant allusion à l'erreur déjà signalée, qu'il peut arriver qu'on croie à un simple cul-de-sac vaginal, tandis que le col existe réellement. Cette erreur a surtout lieu quand le col est très-petit, très-effacé, et dévié, porté fortement en arrière. Le praticien déjà indiqué avait annoncé une stérilité opiniâtre, et cependant, la femme devint d'une fécondité effrayante. Le toucher vaginal ne suffit donc pas. On y joindra le toucher rectal, et pour qu'il soit fructueux, le praticien introduira d'abord une sonde dans la vessie, videra ce réservoir et cherchera à faire rencontrer la sonde avec le doigt index, parvenu dans le rectum.

Si l'instrument et cet organe ne sont séparés que par une épaisseur de parties qu'on peut estimer être la réunion de la paroi vésicale et de la paroi du rectum, on sera porté à admettre l'absence de la matrice, si surtout il n'y a pas de menstrues, si les mamelles ne se sont pas développées à l'âge voulu.

Mais la disposition dont nous avons parlé un instant, c'est-à-dire cette espèce d'hiatus entre le vagin et la matrice, peut donner lieu à une erreur. En effet, sur ce point, la sonde et le doigt peuvent être très-rapprochés, et cependant la matrice existera. Ceci nous avertit de ne point nous contenter d'explorer un point limité avec un doigt porté dans le vagin, mais d'étendre autant que possible la palpation avec ce doigt, et surtout de remonter aussi haut que possible. D'ailleurs, voici les détails d'une exploration faite par une sage-femme en laquelle Me Boivin avait pleine confiance. Les deux sages-femmes concluent à l'ab-

sence de la matrice ; le lecteur jugera si ces dames ont raison.

« La personne dont il est question n'est point mariée ; elle est âgée de quarante ans, grande, sèche, sans mamelles. Elle n'a jamais été réglée ; mais, vers l'âge de 19 ans, on a cru un moment à l'imminence de l'éruption menstruelle : tout s'est réduit à quelques gouttes de sang. A trente-cinq ans, douleurs dans les lombes, le ventre, les cuisses et le côté gauche de la vulve. Là se forme une tumeur volumineuse ; elle s'ouvre au bout de quelque temps, et il en sort du pus sanguinolent. Trois ans après, mêmes symptômes, tumeur au périnée, même issue. Cependant, depuis lors, il est resté au côté gauche de la vulve et du vagin un gonflement qui, tout récemment encore, (novembre 1821), est devenu le siége d'un troisième abcès. Vulve bien conformée, seulement la nymphe gauche, brune, allongée, est un peu saillante. Le doigt entre librement dans le vagin, mais, à un pouce et demi de profondeur, il est arrêté par un cul-de-sac mou, ne laissant percevoir au delà rien de solide, de saillant, aucune fluctuation, rien enfin qui annonce la présence d'un utérus sain ou distendu, ni celle d'un amas de sang menstruel, etc. A gauche, au fond du cul-de-sac, on sent une crevasse étroite et fort douloureuse. Il est probable que le pus de l'abcès sort de là. La main appuyée sur l'hypogastre ne peut, malgré la maigreur de la malade, sentir aucun corps solide comparable à l'utérus. On a omis le toucher rectal, conjointement avec le cathétérisme ; mais tout concourt à prouver que la matrice n'existe pas. Quant aux abcès, il n'est pas improbable qu'ils aient été occasionnés par des violences répétées dans le rapprochement sexuel. » (Boivin et Dugès, *Maladies de l'utérus*, tome I, page 43.)

§ 3. Matrices doubles.

Quand il a été question des vices de conformation du vagin, nous avons cité dans tous ses détails le fait d'un vagin double avec matrice double aussi. Ici la cloison était longitudinale et réellement vagino-utérine (voyez, p. 67 de cet ouvrage, et *Archiv. de méd.*, tome XX, page 538). Voigtel a cité un cas presque semblable (Handburch der patholochischenanatomie, tome III, page 131). On devra consulter sur ces anomalies la thèse de M. Cassan, intitulée : *Recherch. anat. et phys. sur les cas d'utérus double et sur les superfétations*, 1826.

Ce qui est chez la femme une anomalie est l'état normal chez la femelle du kanguroo. Le vagin peut avoir la conformation ordinaire, être indivis, et cependant la matrice aura deux cavités, c'est là la matrice biforée (*uterus biforis s. duplex*). Morand avait parfaitement observé cette disposition (Voigtel, *loco cit.*) ; Dupuytren et Tiedemann aussi (voyez *Dict. des scienc. méd.*, tome IV, page 159 et Meckel, tome V, page 131). Cette disposition est naturelle chez la plupart des rongeurs, tels que lièvre, lapin, castor, rat, souris, etc. ; on l'observe aussi dans le cochon (Burdach, *traité de physiol.*, tome I, page 185, trad. de M. Jourdan).

Cette cloison longitudinale qui, partant du fond de l'utérus, s'étendait d'abord jusqu'à la vulve, puis s'arrêtait au vagin, peut se borner au corps de l'utérus, et alors la cavité du col est unique.

« Une femme morte à l'Hôtel-Dieu, au n° 27 de la salle Sain-tJean, ne portait qu'une cloison médiane incomplète, divisant seulement la cavité du corps de l'utérus. Le col était intact et dans l'état normal. A l'extérieur l'utérus n'offrait rien d'extraordinaire, et la femme sur le cadavre de laquelle on rencontra ce cas, avait eu un enfant né à terme, et doué d'une bonne santé. Rien ne prouve que chez elle la superfétation fût possible [1]. »

Le corps même de la matrice peut être indivis dans sa moitié inférieure. Enfin on n'observe quelquefois qu'un simple éperon au fond de la matrice. Quand cette cloison est peu profonde, il n'y a pas alors matrice à deux cornes, mais matrice à deux fonds, comme chez les solipèdes.

Dans une note qui nous a été communiquée par M. Giraldès, nous voyons que souvent cet anatomiste a trouvé chez le fœtus la matrice échancrée sur son bord supérieur qui était comme ondulé. La

(1) Ce fait a été communiqué au *Journal hebdomadaire de médecine*, par M. le docteur Jaume, de Tarascon. (Voyez tome II, 1829.)

fréquence de cette disposition fait penser à M. Giraldès que cet état de la matrice est transitoire.

Voici d'ailleurs quelques faits, relatifs au vice de conformation qui nous occupe, observés sur le vivant; nous les rapportons en détail, parce que ce sont des exemples de superfétation.

Obs. 1re. L. B., âgée de 30 ans, d'une bonne constitution, était depuis deux jours dans les douleurs de l'enfantement, lorsque le docteur Geiss, à qui l'on doit la description de ce cas, fut envoyé près d'elle; il observa que les douleurs se faisaient surtout sentir dans le côté droit, où l'utérus atteignait jusqu'aux vraies côtes, tandis qu'à gauche il ne paraissait pas s'élever plus haut que l'ombilic. Les parties externes de la génération étaient en bon état. Ayant constaté que l'enfant présentait l'épaule, M. Geiss fit la version et amena une petite fille bien développée.

Quelques instants après la délivrance, le côté droit de l'abdomen s'affaissa, mais le gauche conserva son volume. Une heure après, de nouvelles douleurs se firent sentir, et le toucher ayant été pratiqué, il fut reconnu qu'à côté de l'orifice utérin il existait une autre ouverture circulaire tout à fait distincte, à travers laquelle faisaient saillie les membranes d'un autre fœtus. Il se trouva que c'était un garçon également bien vivant. Après ce second accouchement, le docteur Geiss, ayant introduit sa main dans la cavité gauche, se convainquit qu'il n'y avait entre elle et l'autre aucune communication; la première était déjà revenue sur elle-même, la seconde en fit bientôt autant; une perte assez abondante eut lieu, mais deux mois après, les deux enfants et la mère se portaient bien. Depuis, la même femme a conçu de nouveau, mais n'a eu qu'un seul enfant. (*Journal hebdomadaire de médecine*, tome II, page 310.)

Obs. 2. Une femme enceinte pour la septième fois, était arrivée au terme de cinq mois, lorsque le travail puerpéral se déclara : depuis trois semaines, un écoulement de sang continuel avait fait prévoir un avortement à peu près inévitable.

Le travail marcha avec lenteur, la tête du fœtus franchit l'orifice utérin; mais ce ne fut qu'à l'aide des doigts de la sage-femme qu'elle arriva enfin au dehors, immédiatement suivie du reste de l'enfant qui naquit mort et violacé.

Le cordon ombilical s'était rompu au moment même de l'expulsion; madame Dejean attendait impatiemment le retour des douleurs et la sortie du placenta, quand tout à coup une masse de sang, partie fluide et partie coagulée, fut projetée au dehors, et entraîna avec elle un embryon estimé du terme de trois mois, et qui donnait encore quelques signes de vie.

Le premier fœtus était long de huit pouces et demi, le deuxième de trois pouces et demi seulement, la superfétation était évidente. Madame Dejean ne s'en tint pas à ces données conjecturales, elle toucha avec soin, et s'assura, par un examen attentif, que le vagin et l'orifice utéro-vaginal étaient simples aussi bien que le col de l'utérus, mais qu'il existait deux orifices cervico-utérins, répondant chacun à un corps de matrice isolé. Ces deux ouvertures étaient bien distinctes, béantes, l'une à droite, l'autre à gauche, et de largeur différente, indiquée par la comparaison qu'en fit la sage-femme avec deux pièces de monnaie (un liard et un sou). La naissance du dernier enfant fut presque immédatement suivie de l'expulsion du placenta appartenant au premier; l'un avait quatre pouces, l'autre trois de diamètre; tous deux étaient à peu près circulaires, et le cordon partait de leur centre. On conçoit parfaitement comment une deuxième imprégnation a pu avoir lieu deux mois après la première, car le corps seul de la matrice est occupé dans la première moitié de la grossesse; on comprend bien aussi pourquoi l'avortement eut lieu, en raison de la distension considérable et inégale de deux ad-utérum, dont un seul avait été occupé dans les grossesses précédentes. Ce fait, nous le répétons, est un des plus concluants qu'on possède en faveur de la seule théorie de la superfétation qui soit aujourd'hui généralement admise. (Boivin et Dugès, *Maladies de l'utérus*, tome I, page 40.)

Dans les transactions philosophiques, 1665, il est question d'une matrice dou-

ble. Au rapport de Vassal qui fit l'autopsie du cadavre, cette femme avait eu onze enfants qui s'étaient développés dans une des cavités de la matrice. A la fin cette femme eut un enfant de l'autre côté, mais il fut tellement gêné, qu'à trois mois il rompit sa prison et causa ainsi la mort de la mère. Les détails de l'observation laissent des doutes et font penser qu'il s'agissait ici d'une grossesse tubaire.

§ 4. Matrice triple.

Burdach cite Thilow qui aurait décrit un matrice humaine à trois cavités. Comme on le pense bien, ces anomalies peuvent avoir leur importance dans l'histoire anatomique de l'utérus ; mais portées à ce degré elles cessent d'intéresser le praticien. (Voyez d'ailleurs Burdach dans son *Traité de physiologie*, t. I, p. 184, et Beschreibung, *Anatomisch-pathologischer Gegenstænde*, pag. 20-33.)

§ 5. Imperforations complètes et incomplètes de la matrice.

Nous avons réservé pour la fin de cet article les vices de conformation qui intéressent le plus les praticiens, parce qu'ils permettent une thérapeutique quelconque ; le plus souvent ils nécessitent l'emploi de moyens puisés dans la médecine opératoire. Ces vices de conformation sont surtout ceux qu'on comprend, en anatomie pathologique, sous le nom d'*atrésie*.

Il est difficile de se servir des faits publiés par les anciens sur ce vice de conformation, parce que le plus souvent ils confondent les atrésies de la matrice avec celles du vagin. Les moyens d'exploration étant moins connus, moins employés, on se contentait trop souvent des symptômes fonctionnels, et c'étaient surtout ceux qui indiquent la rétention du sang menstruel qui formaient tout le diagnostic des vices de conformation dont il s'agit.

« L'imperforation congénitale de l'utérus serait due, selon Boyer, à une sorte de cloison membraneuse qui semble être la continuation de la membrane interne du vagin. Cette muqueuse peut oblitérer complétement l'orifice de la matrice, ou laisser libre une partie de cet orifice, le rétrécir ; seulement, quand il n'y a que rétrécissement, les règles peuvent s'écouler, mais souvent avec une grande difficulté ; des douleurs vives dans l'hypogastre, quelquefois même du gonflement, se manifestent à chaque époque menstruelle.

» Littre eut l'occasion d'examiner le cadavre d'une femme qui avait ce genre d'imperforation incomplète. Cette femme était morte à cinquante ans, elle n'avait point eu d'enfant pendant dix-neuf ans de mariage. Elle rendait peu de sang dans le temps de ses règles ; elle était alors fort gonflée, souffrait de grandes douleurs dans le bas-ventre, et quelques années après qu'elle eut commencé à être réglée, elle mouchait et crachait du sang à chaque époque menstruelle. Littre, à l'ouverture du corps, reconnut que l'orifice de la matrice était fermé par la membrane qui tapisse intérieurement le vagin ; cette membrane était seulement percée de deux petits trous d'un quart de ligne de diamètre. Le col de la matrice était plus long qu'à l'ordinaire, la cavité de ce viscère avait plus d'ampleur, et ses parois moins d'épaisseur. Cet agrandissement de la cavité de l'utérus était sans doute le résultat de la stagnation du sang menstruel qui n'en sortait que difficilement ; cette espèce d'imperforation, sans mettre un empêchement absolu à la conception, y porte au moins beaucoup d'obstacle ; comme on le voit d'après ce fait, si une femme chez laquelle cette disposition vicieuse existe devenait enceinte, on ignore jusqu'à quel point cette conformation mettrait obstacle à l'accouchement. » (Boyer, tome x, page 471.)

L'oblitération du col utérin ne donne lieu à aucun phénomène jusqu'à l'âge de puberté. Mais alors le sang des règles étant retenu dans la matrice, il survient les accidents que nous avons décrits en parlant de l'oblitération du vagin. Ces accidents se reproduisent et s'accroissent à chaque période menstruelle.

« L'oblitération complète de l'utérus a été notée par tous les anatomistes et par tous les accoucheurs. Pendant un an, à l'hôpital du Midi (il y avait alors des femmes dans cet hôpital), pendant deux ans, à l'hôpital de Lourcine, pendant tout le temps de mes études anatomiques, j'ai

bien vu, bien observé des cols de matrice, eh bien! je n'en ai jamais vu un seul qui n'eût pas d'ouverture extérieure. Je crois que ceux qui admettent si facilement ces oblitérations, se sont trompés dans leur examen; leur erreur vient d'une déviation de l'utérus qui a porté le museau de tanche en avant, plus souvent en arrière; au lieu de le toucher, on touche une paroi du col, et on déclare que le col est imperforé. Que de fois, en explorant une femme, dans les premiers moments du travail de l'enfantement, n'a-t-on pas été tenté d'admettre cette oblitération? mais si au lieu de chercher l'ouverture du col au centre du bassin, on va la chercher en arrière vers le sacrum, on la trouvera presque toujours. Je ne nie pas pour cela ce vice de conformation, car il existe des faits qui prouvent que les premières règles ont été retenues dans la matrice, parce qu'elles ont trouvé un obstacle insurmontable dans le col; ce que je veux établir, c'est que ces oblitérations sont extrêmement rares; celles du vagin sont beaucoup plus fréquentes.» (Vidal de Cassis, *Pathol. ext. et méd. opér.*, tome 5, page 750.)

Benevoli cite un fait très-curieux d'oblitération complète du col: la malade fut guérie par une manœuvre dans le succès de laquelle le hasard eut plus de part que l'habileté du chirurgien.

« Une jeune fille de 18 ans, dont le ventre était très-gonflé par l'accumulation du sang menstruel, fut prise d'une rétention d'urine due sans doute à la même cause.

» L'introduction de la sonde ne se put faire que très-difficilement. Le lendemain le cathétérisme fut plus difficile encore. Les tentatives pour parvenir dans la vessie furent répétées inutilement pendant une heure. Ensuite la malade ayant changé de position, Benevoli continua ses tentatives, bien que dans cette situation nouvelle il lui fût plus difficile de reconnaître si la sonde ne s'éloignait pas de l'urètre. Au bout de ce temps, l'instrument ayant pénétré à une certaine profondeur, il crut qu'il était parvenu au col de la vessie; voulant alors terminer une opération déjà trop longue, et procurer du soulagement à la malade, il poussa la sonde avec plus de force; il s'écoula, au lieu d'urine, une liqueur brune semblable à de la lie de vin que Benevoli regarda comme de l'urine sanguinolente. Après que ce liquide se fut écoulé en très-grande quantité (environ 32 livres), l'urine elle-même s'échappa avec force, mais non par l'ouverture de la sonde. Il fut évident alors que l'instrument n'avait pas pénétré dans la vessie, mais dans la cavité de l'utérus; car le vagin lui-même n'offrait pas d'occlusion. Il y avait trois ans que le ventre de cette jeune fille avait commencé à gonfler, et chaque mois, pendant plusieurs jours, elle éprouvait quelques douleurs et un accroissement sensible dans le volume du ventre. Le lendemain du jour où la matière sanieuse s'était écoulée, Benevoli introduisit le doigt dans le vagin; il dilata le col de l'utérus, afin que la matière la plus épaisse, contenue encore dans la cavité de cet organe, pût s'écouler au dehors. Pendant un mois environ, il sortit un liquide épais avec des membranes corrompues. Des injections facilitèrent la cure, qui fut complète au bout de deux mois. »

« On pourrait, dit Boyer, dans un cas semblable, faire avec connaissance de cause ce que Benevoli a fait par hasard; c'est-à-dire, percer le col de la matrice avec un trois quarts, ou même avec un corps arrondi, dans le cas où la membrane offrirait peu de résistance. » (Boyer, *Maladies chirurgicales*, tome x, 4e édition, page 470.)

Boyer fait sagement remarquer que le succès de cette manœuvre serait subordonné au peu de résistance offerte par la membrane oblitérante. Mais l'atrésie peut être due à une autre disposition, elle peut être formée non-seulement par un des éléments qui composent le col, mais par plusieurs de ces éléments. Alors l'obstacle offre beaucoup plus de résistance et le procédé emprunté au fait de Benevoli n'aurait plus le même avantage, il aurait des inconvénients, puisqu'il pourrait donner lieu à une plaie contuse. Il faudrait alors pratiquer une espèce de cathétérisme forcé, c'est-à-dire employer la violence sans méthode.

Ici le débridement est applicable et pour qu'il soit sans danger, on imitera

M. Caffe qui a publié une observation dans les derniers cahiers du *Journal hebdomadaire*. Cette observation n'est pas seulement intéressante au point de vue obstétrical; elle est importante pour la médecine opératoire proprement dite. Elle constate un succès du *débridement multiple*, opéré d'après la méthode de M. Vidal.

ARTICLE IV.

Plaies et contusions de la matrice.

Les solutions de continuité de la matrice ne sont pas toutes accidentelles; elles sont produites souvent par le chirurgien ou l'accoucheur, par le fait de la parturition même, quand le travail est livré aux seuls efforts de l'organisme.

Les plaies les plus fréquentes faites par le chirurgien, accidentellement ou volontairement, c'est-à-dire dans un but thérapeutique, sont celles du col. C'est sur lui, en effet, qu'on agit, le plus souvent, pour extirper des excroissances, pour opérer des débridements et même pour l'amputation partielle ou complète de cette partie de l'utérus. C'est surtout sur cette partie de la matrice que le forceps, les crochets, la main même, causent des déchirures quand leur emploi est intempestif ou mal dirigé. Les plaies du corps de la matrice, qu'on pourrait appeler chirurgicales, sont les plus rares. Ce sont celles qu'on est obligé de produire quand on pratique l'opération césarienne dans un but obstétrical.

Comme nous l'avons déjà fait pressentir, ce n'est pas seulement l'instrument tranchant, le bistouri, qui peut produire des lésions physiques de la matrice; le forceps, les divers crochets, le céphalotribe divisent, contondent, déchirent quelquefois cet organe; la main, la main seule peut produire de pareils dégâts, si elle est violemment et inopportunément appliquée. Enfin, le fœtus, l'utérus lui-même, peuvent être considérés comme des causes de ces solutions de continuité. En effet, la tête du fœtus peut déterminer des pressions assez fortes pour aller jusqu'à la solution de continuité de l'organe qui le contient et les contractions de cet organe achèvent de produire la lésion. Mais ceci doit rentrer dans l'article suivant, car ce sont là de véritables ruptures.

Les anciens avaient des notions fort obscures et souvent fausses sur les plaies de la matrice, du moins, la plupart se sont exprimés, sur ce point, de manière à nous donner cette idée de ce qu'ils savaient du traumatisme de la matrice. Cet état de la science chez les anciens vient de ce que pendant une série de siècles, la pratique des accouchements était presque entièrement monopolisée par les matrones qui certainement éprouvaient ou pour mieux dire causaient beaucoup de malheurs, beaucoup de lésions physiques de la matrice qu'elles ne faisaient pas connaître. Si on veut avoir une idée de la fréquence des solutions de continuité de la matrice dans les temps anciens on n'a qu'à voir combien de tenailles, combien de bistouris, de crochets ils possédaient pour agir sur le fœtus pour peu que l'accouchement fût difficile. Or, avant d'arriver au fœtus, on blessait la matrice.

Voici les signes que Celse donne de la lésion de la matrice d'après la traduction de Dujardin :

« Il y a douleur aux aines, aux hanches, aux cuisses, et il survient un vomissement bilieux. Il y a des femmes qui perdent l'usage de la parole, d'autres celui de la raison; d'autres tout à fait à elles-mêmes disent ressentir de vives douleurs dans les nerfs et aux yeux : enfin elles meurent avec les mêmes symptômes que dans la blessure du cœur.» (Tome I, page 359, in-quarto,) Dujardin ajoute avec raison : « D'après cela, y aurait-il de la témérité à assurer que Celse n'a jamais vu de blessure de la matrice.? »

Il faut franchir bien des siècles et en venir presque aux temps les plus modernes, pour avoir quelques observations et quelques notions importantes sur les plaies de la matrice.

On comprend, en effet, que la matrice étant partout entourée d'organes qui sont blessés avant que l'agent vulnérant arrive à elle, cette circonstance a fait que ses blessures n'ont pas facilement été distinguées de celles qui les compliquaient; aussi, les notions réellement exactes de ce traumatisme datent des époques où

l'anatomie des rapports a commencé à naître. Ces explications étaient indispensables pour nous justifier d'avoir peu puisé chez les anciens en faisant l'histoire du traumatisme utérin.

§ 1.—Différences des plaies de la matrice.

L'état de la matrice, le point par où a pénétré l'instrument, la nature de l'instrument, l'étendue de la solution de continuité, sa profondeur qui la rend pénétrante ou non, la simplicité ou la complication de l'opération; voilà tout autant de circonstances qui doivent apporter des différences dans le traumatisme de la matrice.

A. *Différences dues à l'état de repos ou de plénitude de l'utérus.* La première différence porte sur la fréquence des plaies selon que l'organe est ou non dans l'état de repos. A l'état de repos, la matrice est revenue sur elle-même, ses vaisseaux sont moins nombreux, moins considérables, et le corps vulnérant arrive difficilement à cet organe, car il présente très-peu de surface. La matrice alors n'appartient pas à l'abdomen, elle est logée dans le bassin. Dans cette position, les plaies proprement dites de l'abdomen ne l'atteignent pas. Ce sont celles du bassin dont elle est passible. Mais pour parvenir jusqu'à l'utérus, le corps vulnérant trouve des obstacles très-résistants, des os, ou bien il faut qu'il blesse préalablement d'autres organes. Il est bien entendu que nous ne parlons pas ici des plaies méthodiques, de celles que le chirurgien pratique à l'utérus dans un but thérapeutique.

Ce sont donc surtout les plaies par armes à feu ou par instruments piquants qui sont offertes par la matrice dans l'état de vacuité. Rarement alors des instruments tranchants ou contondants pourraient blesser un organe protégé par une couche épaisse de parties molles et par l'enceinte osseuse du bassin. (Boyer, tome x, page 476).

Quand la matrice contient le fœtus ou un corps fibreux volumineux, non-seulement elle remplit une partie du bassin, mais elle occupe une place dans le bas-ventre. Elle offre donc une très-large surface à l'action vulnérante et les plaies du bassin peuvent l'atteindre, comme celles de l'abdomen. Ainsi la fréquence des plaies de la matrice est en rapport avec son développement. L'état de plénitude de cet organe est une cause d'aggravation du traumatisme. Alors, en effet, les vaisseaux de cet organe sont beaucoup plus développés, et l'hémorrhagie est plus à craindre. D'un autre côté, la présence du fœtus et des secondines constitue nécessairement une complication. Une matrice blessée pendant l'état de grossesse doit, dans le plus grand nombre des cas, se débarrasser de son contenu. Il y a donc avortement ou accouchement avant terme, circonstance toujours fâcheuse qui s'aggrave encore par l'état moral de la femme et l'obligation où on se trouve souvent d'extraire l'enfant par une voie insolite ou de dilater précipitamment le col de la matrice afin de régulariser autant que possible l'accouchement accidentel. Il y a donc de grands dangers : le premier, le principal, est celui qui pèse sur la mère, l'autre qui menace l'enfant. Il est vrai que les deux peuvent être sauvés après une plaie très-grave qui a atteint l'un et l'autre : nous connaissons de pareils faits et nous en citerons. Mais ce sont là de ces miraculeuses exceptions qui ne détruisent en rien tout ce qu'il y a de fâcheux dans le pronostic des plaies de matrice.

Voici comment s'exprime B. Bell, sur la différence des plaies de matrice selon l'état de cet organe :

« Comme l'utérus s'étend et occupe différentes parties suivant le temps de la grossesse, il est aisé de voir que des plaies capables de l'affecter dans un temps, passent beaucoup au-dessus dans d'autres ; on fera donc une attention particulière à cette circonstance, pour juger de la situation et de la direction des plaies de ces parties. On peut, dans celles qui sont fort étendues, s'assurer à l'instant, en y portant les doigts, si l'utérus est blessé ; mais dans les autres, où ce moyen n'est pas admissible, il faut absolument se guider par les symptômes qui se manifestent.

» Les accidents que produisent les plaies de l'utérus hors l'état de grossesse ne

diffèrent pas beaucoup de ceux des plaies des parties voisines. Mais pendant la grossesse, tout annonce un avortement prochain, surtout quand cet organe est gravement blessé : ou bien, comme il reçoit pendant tout ce temps une grande quantité de sang, il en sort à flots par la plaie, ou il s'en extravase dans la cavité de l'abdomen ; et l'expérience apprend que ces hémorrhagies s'arrêtent rarement avant la délivrance, car ce n'est qu'alors que la matrice se contracte suffisamment pour comprimer et soutenir les vaisseaux blessés.

» Il ne faut donc jamais rien faire pour empêcher l'avortement dans les plaies de ce genre, lorsqu'il survient des symptômes qui l'indiquent ; et, dans le cas contraire, si l'hémorrhagie paraît dangereuse, et si l'accouchement ne peut se faire à la manière ordinaire, on tirera l'enfant par l'opération césarienne. » (*Cours complet de chirurgie théorique et pratique*, par Benjamin Bell, t. v, p. 173.)

B. *Différences dues à la partie de la matrice qui a été d'abord atteinte.* Tous les points de la matrice peuvent être blessés. Mais ce sont nécessairement ceux qui sont le moins protégés, qui le sont le plus souvent ou ceux sur lesquels porte l'action chirurgicale. En général donc, on peut dire que les plaies de la matrice sont *abdominales*, elles portent alors sur le point qui correspond à l'hypogastre ; ou elles sont *vaginales*, elles atteignent, dans ce cas, les points de l'organe qui correspondent au vagin. Les premières sont toujours des plaies du corps de la matrice et peuvent être compliquées d'une plaie d'un autre organe de l'abdomen, ces plaies sont donc très-graves. Les plaies produites par un instrument qui a passé par le vagin pourraient ne blesser que le col. Il y aurait alors une très-grande différence pour le pronostic. Mais ces mêmes plaies avant d'atteindre le col de l'utérus pourraient blesser le vagin, et, ce qui serait plus grave, la vessie, le rectum. Enfin, après la division du col, ou en passant par son ouverture, l'instrument peut parvenir au corps, le diviser et aller de là atteindre un autre organe de l'abdomen, comme dans la plaie compliquée que nous avons appelée *abdominale*. Alors le pronostic a une extrême gravité, il peut même être plus grave que le pronostic de la plaie qui a atteint l'abdomen, car par la division de cette enceinte, les eaux, les secondines pourront plus facilement être éliminées que par la plaie vaginale.

Une distinction qu'il ne faut jamais manquer de faire, quand il est question des plaies de la matrice, est celle qui sépare les plaies qui atteignent le péritoine de celles qui le respectent. Celles-ci sont bien moins graves ; ce sont celles qui ne dépassent pas l'orifice du col et celles du corps qui atteignent la matrice, comme on le fait quand on ouvre la vessie par la taille hypogastrique.

C. *Différences dues à la nature du corps vulnérant.* Ce que nous venons de dire explique la gravité plus grande que peuvent avoir certaines plaies par instrument piquant. Si ces plaies sont profondes, elles peuvent être pénétrantes avec blessure du fœtus, épanchement dans l'abdomen avec impossibilité, sans une opération, de donner une issue au fœtus, aux secondines, ce qui est une grave complication, tandis qu'une plaie par un instrument tranchant, une plaie largement faite à l'abdomen représente mieux celle de l'opération césarienne, facilite singulièrement et hâte beaucoup l'espèce d'accouchement qu'il faut alors opérer. Quand nous en serons au pronostic, nous citerons des observations qui prouvent ce que nous avançons ici, c'est-à-dire la moindre gravité de certaines plaies par instruments tranchants comparées à celles qui sont dues à des instruments piquants.

Les corps contondants peuvent produire des effets aussi promptement mortels que les plaies par instruments piquants et tranchants. En effet, quand l'utérus est distendu par le produit de la conception, il peut y avoir contusion et plaie contuse : de là épanchements dans la cavité abdominale et pénétration du fœtus et du placenta (du moins en partie) dans cette enceinte. Le cas est d'autant plus grave alors que les parois abdominales n'ont ordinairement subi aucune solution de continuité.

On verra, quand il sera question des ruptures de la matrice, que ces solutions de continuité peuvent être dues à l'action

des corps contondants qui ont agi directement sur l'abdomen ou sur lesquels l'abdomen a été porté avec plus ou moins de violence par une chute, laquelle est d'autant plus lourde qu'elle a lieu à une époque plus avancée de la grossesse. Il est des circonstances où la lésion peut s'opérer par contre-coup ; comme on le pense bien, il faut alors qu'il y ait grossesse. Et si celle-ci a lieu dans une partie de la matrice flottante, comme une trompe, la solution de continuité par contre-coup est plus facile.

On trouve un exemple de cette solution de continuité des trompes dans les actes de St-Pétersbourg. « Une femme dont les menstrues étaient supprimées, fit une chute sur les genoux : deux jours après cet accident, elle éprouva des douleurs déchirantes dans l'abdomen, qui se gonfla peu à peu, et elle se plaignit d'une difficulté de respirer. Au bout de vingt-quatre heures, les douleurs diminuèrent d'intensité, il survint une hémorrhagie utérine, que la malade prit pour des menstrues, mais les forces étant venues à lui manquer sur ces entrefaites, elle mourut. La cavité abdominale contenait huit livres d'un sang fluide, noirâtre ; la trompe gauche était déchirée, elle contenait encore un fœtus d'un pouce et demi, renfermé dans ses enveloppes. La matrice était remplie d'un sang semblable à celui qui avait coulé par le vagin. » (*Dict. des scienc: méd.*, tome III, page 217.)

Après cet exemple de solution de continuité par cause indirecte, il est bon de placer plusieurs observations récemment recueillies et qui sont des exemples de plaies, faites accidentellement par l'accoucheur.

Ces lésions, remarquables au point de vue de l'anatomie pathologique, seront surtout utiles au praticien qui voudra réfléchir aux dangers des manœuvres obstétricales, dangers que certains accoucheurs et surtout certaines accoucheuses ne redoutent pas assez pour les femmes qui leur sont confiées.

1° *Rupture de l'utérus produite seulement par la main, appliquée pour opérer une délivrance artificielle.*

Tessier, âgée de 31 ans, domestique, très-robuste, primipare, accouche le 6 avril 1841, d'un enfant à terme, après un travail de six heures. L'utérus revient promptement sur lui-même, et comme, par négligence, on avait différé la délivrance, lorsqu'on a voulu la pratiquer, le col était assez rétracté pour ne pas permettre l'issue du placenta ; il n'y avait pas d'hémorrhagie ; on a introduit la main, dilaté assez rapidement le col, et retiré le délivre avec la plus grande facilité. Pendant la nuit qui suit l'accouchement, la malade éprouve des coliques, et le lendemain elle est transportée à l'infirmerie, il y a de la fièvre et par moments des douleurs abdominales, surtout prononcées vers la fosse iliaque gauche, point sur lequel on constate une légère sensibilité. — Infus. de till., pot. calm., saignée de 300 gram., lavem. laud., belladone.

Le 8 avril, la malade est mal, le pouls est fréquent, petit, médiocrement résistant, le ventre est légèrement saillant, très-sensible sur tous les points, mais principalement à l'hypogastre ; les lochies sont arrêtées. Plusieurs symptômes généraux et locaux de la fièvre puerpérale épidémique actuellement régnante sont aujourd'hui assez marqués. Thé, 12 sangs. à l'hypog., onctions mercurielles, diète. — Le 9, la malade est dans un état on ne peut plus fâcheux, les progrès de la maladie sont effrayants ; elle succombe le 10 au matin.

Autopsie, 28 heures après la mort. Température fraîche, pas de putréfaction. — Nous passerons sous silence les lésions propres à la fièvre puerpérale et à la péritonite, pour ne nous occuper que de l'état de l'utérus. Cet organe est volumineux, il a 19 centimètres verticalement et 11 transversalement, ses parois sont épaisses sur le bord libre du col, qui est très allongé ; on trouve cinq ou six déchirures, dont la plus considérable existe à gauche, et a 16 millimètres de longueur sur 3 ou 4 de profondeur. Toute la surface interne de la matrice est tapissée de fausses membranes jaunâtres et très-adhérentes, qui sont surtout prononcées sur les points voisins du col. La trompe gauche, dont la surface interne est d'un rouge violacé, contient du pus mélangé de flocons pseudo-membraneux,

quelques lymphatiques du col partant des lèvres de la déchirure sont aussi remplis de pus ; on peut en suivre quelques-uns jusqu'aux ganglions hypogastriques, dans lesquels ils viennent se perdre. (*Arch. gén. de médecine*, 4e série, t. I, p. 28, janvier 1843.)

On voit ici des manœuvres exercées par la main, et sans que de grands efforts aient été faits, il s'ensuit des déchirures assez considérables du col de l'utérus. Mais de pareilles déchirures peuvent très-bien guérir et ne doivent pas nécessairement entraîner la mort ; et si celle-ci a lieu, on doit surtout accuser l'épidémie de fièvre puerpérale qui régnait quand cet accouchement est survenu.

2° *Déchirures par le forceps.*

Dans l'observation que nous allons relater, la question est plus simple, car on ne peut pas accuser la fièvre puerpérale, comme précédemment. Il est évident que si la lésion produite par le forceps ne doit pas être considérée comme la cause unique, elle peut au moins avoir contribué pour la plus grande part à l'issue funeste.

Obs. 1re. Bodu, âgée de 24 ans, primipare, assez robuste, bien conformée, est admise à la Maternité le 22 juillet 1841.

L'utérus est très-volumineux, et offre une antéversion des plus prononcées.

Les premières douleurs se déclarent le 27 ; dix heures après, la tête commence à s'engager dans l'excavation en quatrième position ; elle est restée quelque temps au détroit supérieur, et cette seule circonstance a décidé à l'application du forceps ; l'enfant est amené vivant ; il y en a un second qui se présente en deuxième position et est expulsé naturellement.

La mère reste jusqu'au 31 juillet dans le service de la sage-femme en chef, où on lui a pratiqué deux saignées et donné un gramme d'ipécacuanha.

Conduite à cette époque à l'infirmerie, voici ce qu'elle nous a présenté : la face est grippée ; pendant la nuit il y a eu du délire, le pouls est à 112, médiocrement fort, la peau terreuse, la langue est sèche, le ventre, saillant, présente une tumeur qui, de l'hypogastre, remonte jusqu'à l'ombilic, et au niveau de laquelle la moindre pression est douloureuse, cette tumeur donne une sensation de fluctuation manifeste ; depuis trois jours la malade n'a pas uriné ; par le cathétérisme on retire environ 1 litre 50 centilitres d'urine très-claire, et la tumeur diminue à peu près de moitié, il y a un grand soulagement ; plus tard on retire encore deux litres de liquide. Lin émulsionné, pot. antisp., lav., bouillon. Le soir on a de nouveau recours à la sonde.

Le 1er, la malade accuse depuis hier au soir de vives douleurs dans la fosse iliaque gauche ; le pouls est à 120, petit et faible, la peau chaude et sèche, les seins affaissés ; le ventre est ballonné, sonore, sensible à l'hypogastre. Les lochies ne coulent pas, la vessie contient une médiocre quantité d'urine qu'on évacue avec la sonde. Bouillon aux herbes, pot. huil., onctions mercurielles opiacées, bouillon.

Le 3, la malade est dans un état fâcheux, le ventre est toujours sensible, ballonné, et il y a un état de faiblesse et d'anéantissement de mauvais augure. Avant-hier elle a eu deux selles et hier une. Même prescription, moins la potion huileuse. Bain, calomel et jalap. La mort arrive le 4 avant la visite.

Autopsie. 28 heures après la mort : température modérée, pas de putréfaction. On ne note rien de remarquable du côté des centres nerveux ni des viscères thoraciques. L'abdomen est fortement ballonné, la paroi abdominale antérieure très-mince. La cavité péritonéale contient un litre environ de sérosité purulente et des flocons pseudo-membraneux jaunâtres, disséminés partout, légèrement adhérents sur plusieurs points, surtout sur les ligaments larges. L'injection est assez prononcée dans la région sous-ombilicale. L'utérus offre une déchirure irrégulière et profonde sur la lèvre postérieure ; sa surface interne est tapissée de fausses membranes très-adhérentes, et le col en est recouvert ; on en trouve aussi dans la trompe gauche ; les vaisseaux de la matrice sont sains. Les bassinets et les uretères offrent une injection arborisée générale ; la vessie est rétractée et contient une petite quantité d'un liquide puriforme ; sa muqueuse, épaissie, légèrement grisâtre, offre des houppes vasculaires

d'un rouge vif, principalement au niveau du trigone et du col ; sur ce dernier point on trouve deux petits abcès sous-muqueux dont le pus est brunâtre. (*Archiv. génér. de méd.*, 4e série, t. 1, p. 30, janvier 1843.)

Obs. 2. *Autre cas de solution de continuité par le forceps.* La femme Blot, âgée de 39 ans, multipare, bien conformée et à terme, entre à la Maternité, en travail, le 8 janv. L'enfant présente le sommet en deuxième position. L'accouchement marche avec trop de lenteur au gré de la sage-femme en chef, qui fait l'application du forceps vingt heures après l'apparition des premières douleurs; peu d'instants auparavant on avait donné 2 grammes de seigle ergoté. L'enfant, né vivant, mais faible, meurt quelques jours après sa naissance, et la mère succombe à une métro-péritonite sur-aiguë, avec fièvre puerpérale.

On constate, à l'autopsie, une déchirure oblique et irrégulière, intéressant tout le bord libre de la lèvre postérieure de l'utérus. (*Archiv. gén. de médec.*, janvier 1843, 4e série, t. 1, p. 32.)

Ce fait est loin encore d'être simple, puisque, comme dans la première observation, il y a eu fièvre puerpérale.

Dans la rédaction de ces trois observations, il n'est pas difficile d'entrevoir sous quelle prévention ou, pour parler plus scientifiquement, sous quel principe les observateurs se trouvaient. D'ailleurs, MM. Pereira et Lasserre, auteurs du mémoire auquel nous venons de faire ces emprunts, qui ont été internes aux hôpitaux de Paris, ne cachent pas le but qu'ils ont voulu atteindre, puisque leurs recherches sont intitulées : *Abus des manœuvres obstétricales, des accidents auxquels elles peuvent donner lieu, et des avantages de la temporisation dans la pratique des accouchements.*

Le titre seul de ce mémoire prouve qu'il a été rédigé dans un bon esprit, au point de vue de la médecine opératoire. Défendre les avantages de la temporisation, c'est une des plus belles thèses qu'on puisse soutenir en obstétritie. Mais au point de vue philosophique, ce travail paraît pécher essentiellement. En effet, la circonstance de l'épidémie de fièvre puerpérale qui est notée dans deux des observations que nous avons extraites, et dans d'autres recueillies par les mêmes observateurs, cette circonstance n'est pas assez mise en saillie, et les esprits sévères se demanderont si on peut accuser de la mort une plaie du col de l'utérus chez une accouchée, quand règne une épidémie de fièvre puerpérale.

3o *Lésions par des corps contondants.*

Les lésions de la matrice par les corps contondants ne produisent des effets très-prompts que quand l'action est des plus énergiques et quand la matrice est dans l'état de plénitude. Quand l'organe se trouve dans d'autres conditions et que les percussions directes ou indirectes de la matrice n'ont pas cette violence, il y a alors des contusions sans plaie proprement dite. Les effets de ces contusions, surtout quand elles sont légères, peuvent rester à l'état latent et être très-tardifs. En effet, le sang alors peut être versé ou dans le péritoine ou dans la cavité de l'organe. Il n'y a là, ni péritonite primitive, ni hémorrhagie par les parties sexuelles, et après le coup, la femme peut n'éprouver que des douleurs très-vagues dans l'abdomen, dans le bassin. Mais le sang qui a été extravasé dans le tissu de la matrice, qui n'a pas été épanché dans le péritoine, et qui n'a pas été évacué par le vagin, retenu entre les deux membranes qui tapissent les deux surfaces de la matrice, ce sang n'est pas toujours résorbé. Sa présence peut susciter une inflammation qui éclatera plus ou moins prochainement, selon la quantité du liquide extravasé, selon la sensibilité de la matrice ou de la femme ; ou bien le sang subira une espèce d'analyse; sa partie liquide étant absorbée, restera la partie solide qui pourra devenir le germe, le commencement de certaines tumeurs ou de certaines dégénérescences bénignes ou malignes, et cela, selon la constitution de la femme, et surtout selon la constitution du sang extravasé. C'est ainsi du moins que M. Velpeau, mettant à profit les travaux de J. Hunter, explique la formation de certaines dégénérescences, surtout celles des mamelles et de l'utérus.

Cette théorie, d'ailleurs complète ou non, vraie ou non, conduit à une thérapeutique sage, car elle fait ressortir l'in-

dication de la saignée générale ou locale dans les cas de contusion de l'utérus.

Les corps contondants produisent des effets qu'on ne saurait prévoir. Ainsi M. Duparcque cite un fait pour prouver que l'enfant contenu dans l'utérus peut être blessé sans que l'utérus le soit; nous allons rapporter en entier l'observation suivante :

Coup sur l'abdomen, produisant une blessure au fœtus, sans que les parois de l'abdomen et de l'utérus fussent affectées.

« La femme d'un sommelier fut violemment frappée à droite de l'ombilic, par l'angle d'un panier de blanchisseuse. Elle approchait du terme de sa quatrième grossesse. La douleur qu'elle éprouva fut très-aiguë, mais passagère, et ne l'empêcha pas de terminer la course qu'elle avait entreprise. Les douleurs de l'enfantement se déclarèrent une dizaine de jours après cet accident. La rupture provoquée des membranes laissa écouler une petite quantité d'eaux fortement colorées en rouge brun. Malgré l'énergie des contractions utérines et les efforts d'expulsion de la mère, la tête, engagée au détroit supérieur, y restait comme enclouée, on avait employé la saignée et les bains sans succès. Enfin, la matrice tomba dans l'inertie, la femme, faible et fatiguée, paraissait être en danger. Je fus appelé. Cet état durait depuis douze heures; je reconnus une dilatation complète, la présence d'une tête hydrocéphalique. Le temps pressait; je me hâtai d'appliquer le forceps au moyen duquel j'amenai un enfant qui paraissait mort assez récemment. Avec lui s'échappa une grande quantité d'eaux teintes en rouge brun.

Cet enfant hydrocéphale, et en outre affecté de spina-bifida lombaire, présentait à la fesse droite une plaie presque circulaire, à bords irréguliers, de plus d'un pouce de diamètre, avec destruction ou attrition sphacéleuse des parties molles, jusqu'à la fosse iliaque. La matrice était inerte, j'introduisis la main dans sa cavité pour solliciter ses contractions, favoriser la sortie du placenta, et surtout pour reconnaître dans quel état étaient ses parois.

Le placenta se détacha facilement, ce qui me permit de parcourir avec les doigts toute la surface de la cavité utérine, tandis que ma main gauche, placée sur la région hypogastrique, en suivait les mouvements. De cette manière, je pus m'assurer qu'il n'existait ni plaie, ni ramollissement, ni cicatrice, ni amincissement dans aucun point des parois de ce viscère. Il est donc probable qu'elles auront cédé, comme les parois abdominales, au choc qui a porté toute sa violence sur la première partie résistante, qui s'est trouvée être le fœtus. De là, plaie contuse, hémorrhagie assez abondante pour teindre les eaux de l'amnios.» (*Maladies de la matrice*, par Duparcque, t. II, p. 28.)

Nous avouons franchement que nous conservons quelques doutes sur la réalité de la blessure du fœtus. La lésion de la fesse décrite par M. Duparcque, *une plaie presque circulaire*, pourrait bien être une lésion non traumatique, mais spontanée, c'est à dire un ulcère, ceci nous rappelle un fait observé par nous qui a quelque analogie avec celui de M. Duparcque. Un enfant vint au monde avec une solution de continuité au dos, comme celle de la fesse de l'enfant dont parle cet accoucheur. Nous jugeâmes cette lésion un ulcère vénérien. En effet la mère avait été infectée avant sa grossesse. Elle en portait des traces.

Il peut arriver le contraire de ce qu'a supposé M. Duparcque; ainsi les parois de la matrice n'ayant pas l'extensibilité des enveloppes de l'œuf, il doit arriver qu'une pression capable d'opérer la rupture de l'utérus, ménagera les membranes, qui, plus souples, cèderont en se distendant; la rupture de l'utérus aura donc lieu sans lésion de l'œuf, lequel fait alors hernie à travers la crevasse ou tombe tout entier dans la cavité abdominale.

Le tissu propre de l'utérus jouissant de l'extensibilité à un plus haut degré que la tunique péritonéale, l'utérus se comportera envers le péritoine comme nous venons de voir que le faisait l'œuf humain vis-à-vis de l'utérus; ainsi, par une certaine pression, le péritoine se rompt, tandis que les parois utérines restent intactes.

Les faits viennent confirmer cette théorie, ils prouvent que la tunique péritonéale peut être rompue isolément, le tissu musculaire sous-jacent épargné étant intact. Rambsbotham (Midwifery, part. 1, p. 406) a rapporté un cas de ce genre de ruptures partielles. On en a tout récemmen publié de nouveaux. Voici l'observation de Rambsbotham : Une dame a mis au monde la veille au soir, son septième enfant, le travail a été pénible. Elle s'affaiblit peu à peu, et mourut presque subitement le lendemain matin. Point d'hémorrhagie à l'extérieur, dans l'abdomen on trouva une quantité considérable de sang qui était sorti d'une fissure de plusieurs pouces de long, appartenant à la tunique péritonéale de la face postérieure de l'utérus. Elle ne semblait pas intéresser la substance charnue de cet organe. Mais ceci nous conduit à traiter des solutions de continuité complètes ou incomplètes, pénétrantes ou non pénétrantes dont il va bientôt être question.

D. *Différences provenant de l'étendue de la profondeur de la solution de continuité.* En parlant des plaies par instruments piquants et tranchants, nous avons dit les différences qu'il peut y avoir dans le pronostic selon que la plaie était plus ou moins étendue ; quand elle était large il pouvait y avoir un résultat favorable, la sortie prompte du contenu de la matrice, ce qui rendrait moins probable l'épanchement abdominal et par conséquent la péritonite moins redoutable. Mais l'étendue, la profondeur d'une plaie ne cessent pas d'être plus graves dans le plus grand nombre des cas ; en effet, une plaie qui atteint le col de la matrice sans le dépasser est moins grave que celle qui a une étendue qui lui fait franchir les limites de cette partie de la matrice. Aussi deux plaies du col qui procèderaient de sa cavité vers sa circonférence, et qui par leur réunion auraient une étendue égale à une plaie unique, ces deux plaies seraient moins graves à elles deux que la plaie unique. En effet, les deux premières ayant la direction que nous leur avons assignée, peuvent ne pas dépasser la circonférence du col, tandis que la plaie unique qui aura l'étendue des deux autres, atteindra cette circonférence, la dépassera même et pourra ainsi blesser le rectum, la vessie, et ouvrir même le péritoine. C'est l'étude des plaies du col de l'utérus ainsi envisagée qui a donné l'idée à M. Vidal (de Cassis) de faire ici pour l'utérus ce qu'il a fait pour la prostate, c'est-à-dire un *débridement multiple*, et cela toutes les fois qu'il est question d'agrandir promptement le col de l'utérus pour favoriser l'issue du contenu de cet organe.

L'étendue, la profondeur de la plaie sont surtout à considérer quand c'est le corps qui a été blessé. Cette circonstance peut diviser ces plaies en *pénétrantes et non pénétrantes*, *complètes et incomplètes.*

Les plaies non pénétrantes n'atteindraient pas la cavité de la matrice, ce qui serait une circonstance très-favorable surtout dans l'état de grossesse. Dans ce cas il y aurait moins de danger et pour la mère et pour l'enfant, car celui-ci alors ne serait pas blessé.

Une plaie non pénétrante peut être absolument simple surtout quand, avant d'atteindre la matrice, le corps vulnérant n'a pas touché au péritoine. Mais la pénétration dans la matrice complique nécessairement la lésion, dans l'état de grossesse bien entendu. La complication est bien autrement grave quand avec la pénétration de la matrice il y a pénétration d'un autre organe de l'abdomen comme l'estomac, la vessie ou un intestin. On a vu cependant ces deux complications réunies ne pas donner lieu à la mort. Ainsi bientôt nous donnerons l'extrait d'une observation de de la Motte qui prouve qu'une large plaie de la matrice et une lésion de l'intestin qui a produit un anus artificiel peuvent ne pas être mortelles.

Les solutions incomplètes ou non pénétrantes portent sur les membranes de l'utérus ou sur celles de l'œuf. Pour compléter ce que nous avons à dire sur ce point nous ferons un nouvel emprunt à M. Duparcque : « Si les membranes amniotiques, épaisses et résistantes, sont douées de moins de souplesse, d'extensibilité que les parois utérines, elles pourront se rompre isolément sous l'influence d'une pression suffisante, sans

que le tissu de la matrice, avec lequel elles sont en contact, perde de son intégrité. On voit assez fréquemment des femmes plus ou moins avancées dans leur grossesse, perdre des eaux, après avoir été exposées à la compression soit médiate, soit immédiate de la matrice, et alors que le col n'était pas effacé, ni ses orifices dilatés de manière à laisser supposer que les membranes avaient été rompues au niveau de ces ouvertures. La rupture s'était donc opérée dans une région plus ou moins élevée, et probablement dans un point où la matrice elle-même se serait rompue, si ses parois avaient été moins extensibles. On conçoit dès lors pourquoi, à dater de l'événement, les eaux s'écoulent partiellement et à des intervalles irréguliers, mais toujours sous l'influence de certains mouvements, de certaines positions que prend la femme. Dans ce cas, en effet, les parois utérines couvrant la déchirure et lui servant comme de soupape, s'en écartent et laissent échapper les eaux qui les pressent, parce que l'utérus se retrouve soumis à quelque compression analogue à celle qui a déterminé la rupture des membranes, les eaux filent alors entre celles-ci et l'utérus jusqu'aux orifices, à travers lesquels elles filtrent. Nous croyons cette explication plus satisfaisante et plus probable que celle qui attribue l'écoulement incomplet des eaux, et son retour irrégulièrement périodique, au défaut de parallélisme entre les déchirures des diverses membranes qui composent les enveloppes fœtales.

» Ainsi donc, les effets rupturants des violences extérieures, pendant la gestation, se portent isolément, tantôt sur les enveloppes amniotiques, tantôt sur la tunique péritonéale de cet organe ; mais le plus ordinairement la rupture envahit toutes ces couches à la fois, ou seulement les parois utérines et le péritoine, les membranes ovoïques restant intactes. » (*Maladies de la matrice*, par Duparcque, t. II, p. 34.)

Diagnostic. « Les signes qui indiquent que l'utérus est blessé sont : 1° la situation de la plaie extérieure, 2° la direction qu'a suivie l'instrument vulnérant, 3° une douleur vive à l'hypogastre, douleur qui se propage aux lombes, aux aines, à la vulve, aux cuisses, aux hanches, est accompagnée d'un écoulement de sang par la vulve, de dysurie, de ténesme, et qui bientôt est suivie de tous les accidents de la métrite, et souvent de ceux de la péritonite. Quand la femme est enceinte, l'avortement est un des premiers effets de la blessure de la matrice. « (Sanson, *dict. de médecine et de chirurgie pratiques*, tome XIII, art. *plaies*.)

Même avec les progrès si remarquables de l'anatomie et de la partie du diagnostic qui est éclairée par cette science et la physiologie ; même avec le secours des moyens explorateurs qui sont aujourd'hui en notre possession, avec ces ressources, le diagnostic d'une plaie de la matrice peut rester obscur. Cette obscurité existe surtout dans les cas de vacuité de la matrice. On invoque la situation de la plaie, sa direction, sa profondeur ; on attribue une grande valeur aux modifications de la sensibilité à l'hypogastre, du côté des lombes, aux aines, aux cuisses ; on prend en grande considération les vomissements et des symptômes sympathiques et surtout on accorde une confiance entière à l'écoulement du sang par le vagin. On vient de voir que la dysurie, le ténesme, ont été notés par Sanson, d'autres chirurgiens ont encore mentionné d'une manière spéciale ces symptômes. Examinons donc la valeur de ces éléments du diagnostic, toujours dans la supposition de la vacuité de la matrice.

1. La position, la direction, la profondeur de la plaie ne prouvent rien d'une manière absolue, car une plaie de l'hypogastre dirigée vers le bassin et le labourant en entier, peut épargner la matrice et atteindre un tout autre organe.

2. La douleur à l'hypogastre, aux lombes, aux aines et, comme le dit Sanson, à la vulve, aux cuisses, aux hanches, ce symptôme peut très-bien exister à la suite d'une blessure de la vessie et même du rectum, et surtout du plexus sacré.

3. Les vomissements et les autres symptômes sympathiques ne sont pas plus caractéristiques d'une blessure de la matrice que d'une autre lésion de cet organe et même de tout autre viscère.

4. L'écoulement du sang par le vagin peut certainement avoir un degré de valeur dans le diagnostic, mais on ne devra pas l'exagérer, surtout si on songe qu'il n'y a rien de plus fréquent qu'une hémorrhagie chez les femmes, et que, pour la produire, il n'est pas nécessaire qu'il y ait solution de continuité de l'utérus, puisque la perte peut s'opérer par exhalation dans cet organe et même dans le vagin.

D'ailleurs on se souvient qu'en établissant les différences des plaies de matrice dans un certain nombre de circonstances, nous avons admis des plaies *pénétrantes* et des plaies non *pénétrantes*. Cette distinction peut surtout être admise dans les cas de vacuité de la matrice que nous supposons ici. Eh bien! dans les cas de *plaies non pénétrantes* du corps de la matrice, quand l'agent vulnérant ne sera pas parvenu jusqu'à la cavité de l'organe, il n'y aura pas écoulement de sang par le vagin. De sorte que ce symptôme ainsi analysé perd un peu de la valeur qu'on lui attribue, puisqu'il peut être lié à d'autres lésions qu'à une plaie de matrice, et qu'il y a une espèce de solution de continuité de cet organe auquel il ne peut se rapporter.

5. Il est inutile d'insister ici pour prouver que la dysurie et le ténesme peuvent être plutôt attribués à une lésion du rectum et de la vessie qu'à une plaie de la matrice. Nous ne voulons pas dire par là que cette solution de continuité ne produise jamais ces symptômes, mais comme ils ont été invoqués par de grandes autorités depuis Celse, nous devons en parler et faire remarquer leur peu de valeur, si on les prend d'une manière absolue.

Cette analyse de la symptomatologie prouve de nouveau la nécessité de la synthèse quand il est question d'arriver à des données pratiques dans des cas embarrassants comme ceux dont il est question ici. En effet, et nous l'avouons franchement, le diagnostic des plaies de la matrice à l'état de vacuité nous paraît très-embarrassant, car aucun symptôme n'est réellement caractéristique. Quand la matrice contient le produit de la conception et surtout si la grossesse est avancée, le diagnostic s'éclaircit par un fait saillant, par un accident qui est grave pour deux êtres. En effet, l'avortement ou un accouchement prématuré a lieu, et l'écoulement de sang a une plus grande abondance; il est alors à l'état d'hémorrhagie. On peut dire que c'est là la règle; le diagnostic des blessures de la matrice portant le produit de la conception est donc en général facile. Mais ici comme toujours l'exception arrive. On voit en effet des blessures et des blessures pénétrantes atteignant l'enfant lui-même; on voit de ces blessures par armes à feu qui ne produisent ni la mort de la mère, ni la mort de l'enfant, et qui ne hâtent pas même le moment de son expulsion qui se fait naturellement et au terme voulu. Il y a dans l'histoire de l'art des faits de ce genre.

Pronostic. Le pronostic des plaies de l'utérus est on ne peut plus fâcheux et grave, car elles peuvent compromettre deux êtres, arracher, en un instant, la vie à la mère et à l'enfant qu'elle porte dans son sein.

En effet, dans les plaies de l'utérus, on doit redouter une des plus terribles inflammations, quand elle est étendue, la péritonite; on doit craindre aussi la métrite, l'hémorrhagie et toutes les conséquences fâcheuses d'un avortement ou d'un accouchement prématuré.

On conçoit aussi que les blessures de l'enfant, dans les conditions où il se trouve, doivent être plus graves et que, même en supposant qne le corps vulnérant n'arrive pas jusqu'à lui, il court les plus grands dangers par la nécessité où se trouve presque toujours la matrice de l'expulser prématurément.

Cependant nous devons dire qu'il est des exceptions heureuses, et nous pouvons citer des faits qui prouvent que des plaies de matrice, même des plus compliquées, n'ont pas donné la mort, ainsi:

Obs. 1re. La matrice fut atteinte par le trois-quarts chez une femme enceinte et hydropique, au témoignage du docteur Simmons; on le reconnut à l'écoulement du sang et à la douleur qui suivit la piqûre; néanmoins la grossesse marcha régulièrement jusqu'à son terme (1).

(1) *Ann. de lit. méd. étrangère*, t. II, p. 460.

Obs. 2. Le trois-quarts fut même dirigé avec succès contre l'utérus, distendu par une hydropisie chez une autre femme âgée de 53 ans (1).

Obs. 3. Rousset rapporte qu'une balle de fusil traversa l'utérus et tua l'enfant; la mère, au contraire, survécut à la blessure et en guérit (2).

Obs. 4. La femme d'un aubergiste, parvenue près du terme de sa grossesse sans accident, reçut un coup de pistolet chargé de menu plomb, tiré par un homme ivre. Plusieurs petites balles frappèrent l'épaule et le bras gauche, quelques-unes la main droite, mais une blessure plus grave se présentait dans le flanc gauche et s'étendait à droite sans que la sonde pût en mesurer l'étendue. Malgré le nombre de ses blessures, cette femme ne s'aperçut de ce qui lui était arrivé qu'en voyant son sang couler, elle éprouva alors une courte lipothymie ; des vomissements survinrent, et les premiers signes du travail de l'accouchement ne tardèrent pas à se montrer. Le lendemain la malade accoucha d'un enfant bien portant. Lorsqu'on eut lavé l'enfant, on reconnut qu'il avait sur la clavicule droite une plaie produite par un grain de plomb du volume d'un gros pois, et l'on trouva dans cette plaie un morceau de la chemise de la mère, que le corps vulnérant y avait entraîné ; huit jours après, le grain de plomb fut lui-même extrait. Il parut donc manifeste qu'il y avait eu blessure de la matrice. Les suites de cet accident furent longues et graves ; il survint une dyssenterie fort douloureuse; les lochies coulèrent mal, la suppuration devint très-abondante, le pus coulait difficilement par un trajet étroit. La malade ayant refusé de se soumettre à l'opération de la contr'ouverture que le sinus fistuleux rendait nécessaire, on s'en tint à lui prescrire des injections et à l'engager à laisser dans sa plaie une canule d'argent, tant pour favoriser la sortie de la matière purulente que pour faciliter les injections. Cette femme suivit ce conseil; il resta une fistule qui, au reste, ne l'empêcha pas de se bien porter et de se livrer à ses occupations ordinaires (1).

(1) *Ibid.*, p. 290.

(2) *Partus Cæsareus*, p. 114.

Voici les réflexions de Dugès et de madame Boivin sur la fistule dont il est question dans cette observation ; on a observé quelquefois cette tendance d'une solution de continuité de l'utérus à rester fistuleuse, mais dans des cas tout particuliers, nous avons constaté, par suite de rupture du col de la matrice, la formation d'une fistule utéro-vésicale, et l'établissement d'un conduit purulent, communiquant avec des abcès sous-péritonéaux. (*Prat. des accouch. de madame Lachapelle*, t. III, p. 105, 176 et 177.)

La thèse de Reichard renferme plusieurs faits plus extraordinaires encore, et des guérisons plus promptes :

Obs. 5. Guérison après un coup de couteau qui avait ouvert largement le crâne du fœtus (Langius).

Obs. 6. Guérison à la suite d'un coup de bâton pointu qui avait blessé l'enfant à la poitrine (Hoffmann).

Obs. 7. Vient ensuite un fait qui peut singulièrement compromettre le sort scientifique des autres contenus dans le même recueil, à cause de son caractère par trop merveilleux. C'est une femme qui eut le ventre ouvert par la corne d'un taureau, le fœtus, enfermé dans ses membranes, tomba sur le sol; on le remit en place et le ventre fut refermé et cousu ensuite : non-seulement la femme guérit, mais on dit qu'elle devint encore enceinte et accoucha à terme d'une fille vivante.

Les esprits sévères pourront cependant accorder une certaine confiance à d'autres relations qui se rapprochent de celle-ci, en ce que l'abdomen et la matrice ayant été largement déchirés par les mêmes violences, il s'en est cependant suivi une guérison complète : On notera en cette circonstance que l'enfant sortit immédiatement ou fut extrait dès que l'accident fut produit.

« Des plaies moins larges ont été suivies aussi de guérison, mais seulement après l'issue des débris d'un fœtus qui avait séjourné hors de la matrice; tel est

(1) *Dissertatio exhibens uterum gravid. unà cum fœtu vulneratum ;* Auctore J. Martino Reichard, Argentoracti, 1735., august.

le cas d'une blanchisseuse blessée à six mois de grossesse par la pointe d'une palissade : du sang et du pus sortirent du vagin ; divers abcès se formèrent, et enfin une tumeur qu'on ouvrit laissa sortir les restes du fœtus (1).

» Mais tout en démontrant ici que le pronostic de cet accident est moins grave qu'on ne serait, en quelque sorte, en droit de s'y attendre, nous devons mentionner encore une circonstance qui peut être considérée comme une suite fâcheuse des grandes plaies de la matrice, même après la cicatrisation. On a vu plus d'une femme, délivrée par l'hystérotomie, redevenir enceinte et même accoucher par la voie naturelle ; mais on a vu aussi l'ancienne cicatrice se rompre et l'enfant sortir par cette voie avec un peu d'aide (2). La femme dont parle Schumacker périt dans un accouchement à terme, et l'on trouva, autour de la cicatrice de l'utérus, des vaisseaux variqueux rompus, du sang épanché sous le péritoine éraillé et dans sa cavité même. » (Boivin et Dugès, *maladies de l'utérus*, t. I, p. 76.)

Nous allons citer l'observation qui est peut-être la plus remarquable que possède la science; on verra ici une large plaie de l'utérus, une opération césarienne faite sans méthode, une plaie grave, compliquée d'anus contre nature. Le tout est traité sans méthode et même abandonné, et cependant la femme guérit !

Lamotte, après avoir exposé l'état de la femme en travail dit : « Un chirurgien étant arrivé, et ayant vu l'enfant mort et un bras arraché, assura que l'unique remède pour sauver la femme, était de lui ouvrir le côté ; et sans autre examen, après l'avoir étendue sur son lit, il lui fit une incision environ à deux doigts de l'ombilic, au côté gauche, qui venait obliquement gagner la ligne blanche, et continuer ensuite son ouverture jusqu'à l'os pubis. Il ouvrit après cela la matrice dans toute sa longueur, tira l'enfant tronqué d'un bras, et l'arrière-faix, et fit ensuite cinq points de suture entrecoupée dans toute l'étendue de cette effroyable ouverture, mit dessus de la charpie sèche, banda la malade d'une serviette, et s'en retourna bien content de son opération. Cette femme ayant perdu connaissance dès le commencement de l'opération, lui avait donné tout le temps de la finir, n'étant revenue à elle que quelque temps après. Il la pansa pendant cinq jours avec le simple digestif, et la laissa à son mari pour la panser, sans y retourner depuis une seule fois, et sans s'embarrasser de l'événement. La corruption survint à cette incision huit ou dix jours après ; et cela à un tel degré, que la portion de l'intestin qui y touchait, s'ouvrit, et laissant échapper les matières fécales par la plaie, avec des vers longs d'un pied, rendit l'usage de l'anus inutile.

» Deux chirurgiens passant devant cette maison furent priés de voir cette malade. Ils découvrirent la plaie, et ayant examiné les accidents susdits, ils la plaignirent et tâchèrent de la consoler, en l'assurant qu'elle serait bientôt soulagée, persuadés qu'une mort prochaine terminerait le cours de son mal. Ils furent trompés, et son mari eut la consolation de la revoir sur pied en moins d'un mois de pansement; les matières fécales reprirent leur route ordinaire, et la plaie se réunit non par cicatrice dure et solide, mais par une chair spongieuse, où il ne resta aucune ouverture apparente ; et afin que l'on ne puisse révoquer la chose en doute, la suite persuadera que c'est une vérité constante.

» Lorsque cette femme, qui vit encore, est dans le temps d'avoir ses ordinaires, la cicatrice (qui n'est, comme j'ai dit, qu'une chair spongieuse) aussi bien que le corps de la matrice, s'ouvre aux moindres impulsions des vaisseaux, qui, étant trop pleins, tendent à se décharger du superflu, en sorte que les ordinaires coulent par cette plaie comme par le vagin.

» Ce ne sont pas seulement les menstrues qui se font jour au travers de cette cicatrice, ce qui les accompagne est bien plus surprenant. Cette femme rend ses matières fécales par le même endroit, comme par l'anus, et rend même très-souvent des vers, comme il arriva dans le temps le plus fâcheux de son pansement ;

(1) Hist. de l'Acad. des Sc., 1709, p. 22.

(2) Collin, Bull. Fac. méd. de Paris, 1816, n. 3, p. 235.

ce qui dura cinq, six et sept jours, après quoi tous ces accidents cessèrent pendant trois semaines, au bout desquelles les mêmes accidents recommencèrent, et ils n'ont presque pas manqué depuis que l'opération a été faite, et jusqu'à ce que l'âge avancé les ait fait cesser.

» Tous les auteurs prétendent que la plaie des intestins grêles est mortelle. Les savants dans la pratique des accouchements, assurent qu'un coup d'ongle donné dans la matrice, peut causer un ulcère malin, incurable, et même mortel. Pour éviter cet accident, ils enjoignent à ceux qui accouchent d'avoir soin de les bien rogner. L'expérience est contraire à l'opinion de ces savants et à leurs préceptes. L'intestin dans cette femme est ouvert par un accident pire qu'un coup d'épée, ou qu'une plaie faite par une pourriture qui doit faire une déperdition de substance très-considérable; cependant la femme ne meurt point, la matrice n'est pas seulement insultée d'un coup d'ongle, mais d'une incision qui l'ouvre dans toute son étendue; néanmoins la personne survit, et même guérit, et fait ses fonctions comme auparavant.» (*Traité complet de chirurgie*, t. II, 3e édit., p. 404, par G. M. de la Motte.)

La lecture de ces quelques faits si heureux ne doit pas faire oublier la multitude de ceux qui ont été funestes. En parlant des différences des plaies selon l'agent vulnérant, nous avons relaté plusieurs observations de solutions de continuité qui ont été funestes, solutions de continuité dues surtout à des manœuvres obstétricales. Voici encore quelques faits qui viendront à l'appui de celles que nous avons déjà citées.

Obs. 8. La femme d'un soldat, grosse de huit mois, reçoit un coup d'épée au voisinage de l'ombilic; elle meurt en peu d'instants. A l'ouverture du cadavre, on trouve beaucoup de sang épanché dans l'abdomen et dans la matrice; celle-ci était percée près de son fond, le fœtus, mort aussi, avait une blessure à la poitrine (Devaux) (1).

Obs. 9. Un clou volumineux traverse les parois abdominales au côté gauche de l'ombilic, à trois ou quatre pouces de cette cicatrice, chez une femme grosse de sept mois : douleur médiocre d'abord, de l'eau mêlée de sang s'échappe en jaillissant de la plaie, le ventre s'affaisse, la peau se ride et l'utérus se contracte; le lendemain, convulsions, hoquet, vomissements bilieux; mort soixante heures après l'accident.

On trouve que la piqûre de la matrice était fort étroite et située deux pouces plus bas que celle des téguments; il y avait cependant encore de l'eau dans cet organe; l'enfant avait été légèrement piqué à la partie postérieure de l'épaule droite (Planchon).

Obs. 10. Une fille voulant se faire avorter, s'enfonce à plusieurs reprises par le vagin, à travers les parois du col de la matrice, un instrument aigu qui perce les membranes et tue le fœtus : hémorrhagie abondante, fièvre intense, délire, convulsions, mort (1).

On lira avec fruit ces autres cas de mort parce qu'ils ont été avec autopsie.

Obs. 11. Une femme se plaignait avant et après son accouchement d'un gonflement et d'un poids incommode dans le bas-ventre, à cela près, elle paraissait se bien porter, ses menstrues et ses urines étaient comme dans l'état de santé; elle fit une légère chute qui fut suivie de douleurs atroces, de suffocation, et au bout de trois jours, elle mourut.

A l'ouverture du bas-ventre, on vit s'écouler une sérosité sanguinolente : on apercevait dans la région de la matrice qui avait souffert de la chute, une meurtrissure avec rupture de la membrane péritonéale. (*Miscel. natur. cur.*).

Obs. 12. Une femme grosse, âgée de 47 ans, ressentit, après une chute très-grave, de douleurs très-graves dans le côté droit de l'abdomen, et les mouvements du fœtus cessèrent. Huit jours après, la malade fut prise des douleurs de l'enfantement, dans lesquelles elle mourut au bout de trois jours, malgré tous les secours de l'art. A l'ouverture du cadavre, l'abdomen présenta dans sa cavité une sérosité fétide et sanguinolente, on voyait dans la matrice une crevasse par laquelle la tête et

(1) Art de faire les rapports en chirurgie, p. 175.

(2) Brendelius, *Ephem., nat. cur., centur.* 3 et 4, obs. 147.

le bras de l'enfant étaient sortis couverts de leurs enveloppes. (Behling, *Dictionn. des scienc. méd.*, t. XXXI, p. 217.)

Traitement. La thérapeutique des plaies de la matrice ne sera pas très-longue à exposer, car elle se compose de celle des ruptures du vagin, de celle des ruptures de la matrice et de celle de la métrite. Or, nous avons déjà tracé la conduite du chirurgien dans les cas de rupture du vagin, et nous indiquerons dans de prochains articles ce qu'il convient de faire pour les autres solutions de continuité de la matrice et pour ses inflammations.

Cependant nous ne devons pas laisser passer cette occasion sans revenir sur les dangers des manœuvres obstétricales, sur les dangers de la précipitation dans les cas d'accouchement difficile. Nous savons parfaitement que la longueur du travail est certainement, par elle-même, un commencement d'accident. Mais il n'est pas moins vrai que ce sont les accoucheurs les plus temporisateurs qui sont les plus heureux, tandis que les plus grands et les plus nombreux malheurs sont puisés dans la pratique des accoucheurs qui se hâtent d'intervenir très-activement dans l'acte de la parturition. Savoir attendre dans la pratique des accouchements est peut-être le plus grand savoir ou du moins le plus utile aux femmes. Mais la temporisation, qui est une si utile pratique, dans le plus grand nombre des cas, peut être on ne peut plus funeste quand il y a urgence d'agir.

Ainsi, comme nous l'avons déjà dit, et comme nous le répéterons encore, dans les solutions de continuité du vagin, de la matrice par instrument vulnérant ou par toute autre cause, pour ces lésions la temporisation peut être on ne peut plus blâmable. En effet, le fœtus contenu dans la matrice est presque toujours une complication, car une fois cet organe profondément lésé, le fœtus devient un corps étranger qu'il faut extraire. D'ailleurs, dans le plus grand nombre des cas, il a été blessé lui-même et blessé à mort. Dans les cas où il a été épargné, si la blessure de la matrice a été grave, il y a une hémorrhagie, ou bien il s'opère dans la circulation mutuelle des deux êtres quelque chose qui nécessite absolument leur séparation, si on ne veut pas s'exposer à perdre l'un et l'autre.

L'extraction prompte de l'enfant est d'ailleurs le plus souvent un des meilleurs moyens de faire cesser promptement l'hémorrhagie qui après avoir été mortelle pour l'enfant, pourrait devenir fatale pour la mère.

Ici se présente nécessairement la question de la réunion de la plaie faite à la matrice. Il est bien entendu qu'il s'agit de celles du corps de l'organe; il est bien entendu encore que nous voulons parler de la réunion quand le produit de la conception a été naturellement expulsé ou extrait par les soins du chirurgien. Cette question ne pourra être complétement traitée que quand, dans une autre partie de la *bibliothèque*, nous aurons à parler du mode de pansement après l'opération *césarienne*. Cependant nous pouvons dire, dès aujourd'hui, qu'une plaie de la matrice contenant ou venant d'expulser le produit de la conception, qu'une pareille plaie ne peut pas être considérée comme simple. En effet, deux cavités sont ouvertes, l'abdomen et l'utérus. S'il n'y avait que l'abdomen, la réunion immédiate pourrait être indiquée. Mais l'ouverture de la matrice commande souvent une autre pratique, car de sa cavité vont sortir les lochies quelquefois très-irritantes, et si au lieu de favoriser leur écoulement, on l'arrête, on peut donner lieu à un épanchement abdominal ou à une infiltration du tissu cellulaire du bassin qui seront toujours très-graves.

La réunion immédiate et complète d'une plaie large de la matrice, plaie qui correspond à l'abdomen, pourrait être conseillée si on avait la certitude que l'écoulement lochial se fera facilement par le vagin. Mais précisément, dans les cas de blessures de la matrice, le col de l'utérus n'est pas dilaté, de sorte que cet écoulement pourrait être plus ou moins empêché, et le sang et les produits morbides qu'on trouve dans une matrice débarrassée de son contenu, enfin ces espèces de lochies remonteraient vers l'abdomen.

Ce que nous disons ici n'est pas pour combattre absolument la réunion, mais pour tenir le praticien en garde contre

les inconvénients d'une rétention des humeurs morbides ou non que l'utérus doit évacuer quand il est débarrassé du fœtus. On devrait donc, si on adoptait la réunion, ne pas la faire complète et laisser du côté de l'abdomen un écoulement facile aux lochies.

ARTICLE V.

Ruptures de la matrice.

Nous commencerons cet important article par quelques considérations sur ces ruptures en général; elles porteront surtout sur les causes; nous ferons ensuite deux paragraphes à part pour les ruptures pendant la grossesse, et pour celles qui ont lieu pendant l'accouchement.

Dans le précédent article, nous avons étudié les solutions de continuité de l'utérus produites par des violences venues de l'extérieur, par des corps vulnérants. Le présent article est surtout destiné à l'histoire des solutions de continuité dont la cause est dans l'organisme, aux lésions enfin qu'on pourrait plus particulièrement appeler *ruptures spontanées* de l'utérus.

Les mêmes circonstances qui ont retardé les progrès de l'étude des plaies de l'utérus se représentent ici pour expliquer l'ignorance des anciens sur les lésions qui vont nous occuper. Ces circonstances sont surtout le peu de connaissances anatomiques et l'abandon de la pratique des accouchements aux matrones. En effet, tout ce qu'on peut trouver dans Celse sur les solutions de continuité de l'utérus est résumé par nous dans le précédent article, et nous avons cité le jugement d'un historien recommandable qui, en transcrivant Celse, n'a pu s'empêcher d'ajouter qu'il croyait que cet auteur n'avait jamais connu la maladie qu'il décrivait. Peut-on considérer comme une notion positive qu'auraient eue les Arabes de cette lésion, ce que Albucasis dit de cette femme qui croyant avoir perdu son fruit devint enceinte pour la seconde fois et eut un abcès à la région ombilicale ; il en sortit du pus et des os ? Ces mots et quelques autres détails de l'observation ne lui donnent pas une valeur réelle et n'en font pas une preuve de rupture de l'utérus.

Ce n'est qu'à la renaissance des lettres, quand les chirurgiens proprement dits s'occupèrent davantage des maladies des femmes et des accouchements, c'est quand les études anatomiques furent réellement en honneur, que des notions purent être recueillies touchant les ruptures de la matrice. Mais ces notions étaient bornées et ces faits peu circonstanciés. Selon nous, les premiers qui aient parlé convenablement de cet accident sont Guillemeau et Fabrice de Hilden. Ce dernier, dans sa centurie 1, observation LXIV, rapporte le fait suivant intitulé ainsi :

Obs. 1re. *Infans eruptione factâ matricem lacerat, toto capite in ventris capacitatem delapsus, et contractâ matrice, strangulatus deprehenditur.*

Anno 1593, 21 aprilis, Coloniæ præsentibus clarissimis et doctis Johanne Slotano, et Henrico Palantio M. D. D. dissecui auricis uxorem, habitantem in platea quæ appellatur Larda, ex partu mortuam. Comperta est matrix erumpente infante lacerata; ejusque caput in lævam ventris capacitatem dimissum; eademque matrix pars nervosa, circa infantis collum contracta, quæ ipsum procul dubio suffocârat. Mater totos undecim dies parturiens fuerat; obstetricibus, meque tandem ipso pridie ante obitum, frustrà adhibitis : quùm multò antè mortuus esset infans, in utero solo extante lævo brachio quod propendebat.

A la suite de ce fait, de Hilden ajoute une annotation très-remarquable.

Dans le deuxième livre de l'accouchement de Guillemeau, dans le quatrième des observations de Schenckius, on trouve des faits de cette nature. Mauriceau parle de cet accident dans ses deux volumes : dans le premier, il en indique la nature, la gravité, et les auteurs qui en rapportent des faits; dans le second volume, il donne surtout une observation détaillée que nous allons transcrire parce qu'elle est remarquable sous beaucoup de rapports.

Obs. 2. *Femme qui mourut en travail avec son enfant dans le ventre, par l'ouverture du corps de laquelle, après sa mort, on trouva cet enfant au milieu des boyaux, étant sorti de la matrice par une rupture qui s'y était faite.*

« Le 12 octobre 1679, je vis, avec un de mes confrères, une jeune femme que nous trouvâmes agonisante, après avoir été depuis deux jours entiers en travail, sans pouvoir accoucher, comme on l'avait vainement espéré. Mais comme son enfant, qui était fort gros, présentait la face et le ventre au-dessus, et la tête de côté, il n'y avait pas eu lieu de pouvoir avoir l'espérance qu'en avait donnée un chirurgien, qui avait été appelé dès le jour précédent par la sage-femme, lequel s'était grandement trompé, croyant, à cause que l'enfant présentait la tête, que l'accouchement se ferait naturellement, et comme cette pauvre femme était agonisante, lorsque je fus mandé pour la voir, n'étant plus en état de pouvoir être secourue, elle expira au bout d'un quart d'heure ; incontinent après quoi mon confrère qui m'avait mandé, lui fit l'opération césarienne, pour lui tirer du ventre son enfant, que nous trouvâmes mort, et sorti de la matrice par une rupture qui s'y était faite, ayant tout le corps dans la capacité du ventre de la mère entre ses boyaux : la seule tête de cet enfant étant restée engagée dans le passage en la mauvaise situation que j'ai ci-devant déclarée, et comme la matrice était entièrement vide, et que l'arrière-faix même en était aussi sorti, et tombé dans la même capacité du ventre, elle était épaisse de trois ou quatre travers de doigt ; à cause qu'elle s'était toute contractée, aussitôt que cet enfant, qui était très-gros, en était aussi sorti, et tombé dans le ventre, par la rupture qui s'y était faite vers la partie latérale dextre ; laquelle rupture est arrivée par les gros efforts inutiles que cette femme avait faits, qui ne pouvant pas pousser l'enfant dehors, à cause de sa mauvaise situation, avaient été cause de ce funeste accident. Nous trouvâmes aussi dans le ventre de cette femme un grand épanchement de sang, qui venait de cette même rupture de la matrice, laquelle on croyait avoir été causée par une chute que cette femme avait faite sur les genoux, un jour devant qu'elle commençât d'être en travail. Mais comme durant ce même jour elle n'avait senti aucune incommodité, il est bien plus vraisemblable qu'elle s'était seulement faite par les violents efforts inutiles du travail, à cause de la mauvaise situation et de la grosseur de l'enfant, à quoi il avait été impossible de remédier » (*Observations sur la grossesse et l'accouchement*, par François Mauriceau, t. II, p. 180.)

Nous commencerons définitivement l'histoire des ruptures de la matrice par la citation d'un passage du professeur Jacobs qui a écrit à la fin du dix-huitième siècle. C'est pour ne pas tronquer ce que cet auteur a dit des causes de ce qu'il appelle les *déchirements* de la matrice que nous avons laissé ce qui a trait aux solutions de continuité par violences venues du dehors. On verra que l'étiologie de l'auteur porte l'empreinte des erreurs de l'école qui l'a précédé, laquelle faisait jouer un grand rôle à l'enfant dans la production des ruptures qui nous occupent. Cette erreur, qui a surtout été propagée par de la Motte, Levret, Deventer, n'est pas entièrement détruite, puisque M. Egge l'adopte encore. Les causes des *déchirements* de la matrice sont, selon Jacobs :

« 1. La violence excessive des douleurs, qui oppose un obstacle insurmontable à la sortie de l'enfant. On peut joindre à cette cause l'étroitesse et la mauvaise conformation du bassin ; l'obliquité complète de la matrice ; une tumeur ou réunion de l'orifice de ce viscère ou du vagin ; la position contre nature de l'enfant, principalement celle dans laquelle il est posé de travers, et la grosseur démesurée de sa tête. Toutes ces causes suffisent pour déchirer la matrice, lorsque les douleurs sont violentes, et qu'on les augmente par les efforts que l'on fait.

» 2. Ce déchirement peut encore avoir lieu lorsque l'enfant, étant situé de travers dans la matrice, est attaqué d'une forte convulsion, qui l'oblige de s'allonger ; ou qu'étant fort et vigoureux et ayant la tête fort grosse, il appuie ses pieds contre le fond de la matrice pour sortir, la rompt

et la déchire; ce qui n'arrive pas facilement, à cause de sa force et de son épaisseur.

» 3. La substance de la matrice est quelquefois très-mince, et pour lors les douleurs les plus modérées suffisent pour la déchirer, lors surtout que le placenta s'attache de côté à ce viscère, ou qu'il y a dans certains endroits de ce même viscère quelques duretés ou ulcères, qui lui causent une contraction irrégulière. Le célèbre Camper, dans ses observations sur le traité des maladies des femmes, par Mauriceau, rapporte l'exemple d'une matrice qui était si mince, que l'enfant eut assez de force pour la percer avec sa main droite. La matrice était environ à moitié au-dessus des os pubis et son fond, aussi mince qu'une feuille de papier à écrire n'avait depuis là jusqu'à son col, que la moitié de l'épaisseur du petit doigt. Le bras de l'enfant la perça dans l'endroit le plus mince.

» 4. Ce déchirement peut encore être occasionné par une cause extérieure, par exemple, une chute, un coup, une blessure, etc.

» 5. Par une blessure faite intérieurement à la matrice, par exemple par la main rude et maladroite de l'accoucheur, qui veut repousser l'enfant, sur lequel la matrice est fortement contractée, ou la dilater avec violence, ou, qui travaillant avec un instrument, perce ce viscère d'outre en outre. La matrice peut encore être déchirée par le fragment de l'os qu'elle renferme. » (*Ecole pratique des accouchements*, par le professeur J. B. Jacobs, page 211.)

Maintenant, étudions les ruptures de la matrice avec les données que la science possède. Nous devons d'abord faire abstraction des causes vulnérantes, puisque, dans l'article précédent, il a été question des plaies de l'utérus : ou, si nous voulons mentionner ces causes, elles changeront de catégorie. En effet, dans l'article qu'on vient de lire, ces causes étaient considérées comme efficientes; ici elles ne pourront jouer un rôle que parmi celles qu'on appelle prédisposantes. Les causes efficientes réelles tiendront à l'organisme, à la matrice, et seront une trop grande distension et une trop violente contraction de l'utérus ou une lésion vitale de cet organe.

Les deux premières causes efficientes elles-mêmes peuvent devenir causes prédisposantes. Ainsi, la distension de la matrice pour produire la rupture, sans l'intervention d'une autre cause, devra être considérable. Renfermée dans certaines limites, la distension de la matrice n'est que prédisposante. Mais cette cause prédisposante est essentielle, car il ne peut pas y avoir de véritable rupture de la matrice sans distension préalable de cet organe par le fœtus, par un produit morbide, par un liquide quelconque. La contraction qui détermine ordinairement la rupture peut elle-même jouer le rôle de cause prédisposante, mais seulement des solutions de continuité que nous avons étudiées dans l'article précédent. En effet, il est reconnu que les manœuvres des accoucheurs sont surtout suivies de déchirures quand elles sont pratiquées à main nue ou armée pendant la durée des contractions utérines. De là le précepte général d'agir le plus possible quand la matrice cesse de se contracter.

Les causes vulnérantes qui sont éminemment efficientes peuvent devenir prédisposantes et nous comprenons parmi ces causes les coups, les chutes. Ainsi, dans l'observation que nous avons empruntée à Mauriceau, il y a eu chute de la femme avant l'accouchement. Cette circonstance a été considérée comme cause efficiente de la rupture. Mais Mauriceau a objecté, avec raison, que si la chute avait immédiatement produit la rupture, on eût observé les symptômes formidables qui se sont produits pendant le travail de la parturition. On aurait tort cependant de nier complétement l'influence de la chute éprouvée par la mère. Il vaut mieux la considérer comme circonstance ayant pu se combiner avec les autres qui ont préparé la production de l'accident.

Si on veut étudier avec soin les causes prédisposantes des ruptures de la matrice qui tiennent à un état de l'organisme, il faut les diviser : 1° en celles qui se rapportent à la matrice, 2° en celles qui se rattachent aux autres parties qui ont plus ou moins de rapports avec l'organe gestateur, 3° en celles qui tiennent à l'enfant.

A. *Causes dépendantes de la matrice.* 1° *Vice de conformation.* On comprend qu'un vice de conformation de la matrice peut rendre moins régulier son développement, et surtout empêcher les contractions de produire les effets voulus. Une matrice irrégulièrement conformée a toujours un point plus faible, et c'est là une circonstance qui peut favoriser les ruptures. Dionis a publié l'observation d'une des femmes de chambre de Mme la dauphine, « qui, devenue enceinte peu après son mariage, éprouva vers le sixième mois de la grossesse, de fortes douleurs qui durèrent trois ou quatre heures ; alors l'enfant cessa de remuer. Douze jours après, vers les huit heures du soir, elle ressentit des douleurs non moins vives que les précédentes; elle eut, par intervalles, des envies de vomir et même des vomissemens.

» Il survint dans la nuit des convulsions, des sueurs froides, un gonflement de l'abdomen et des faiblesses qui furent suivies de la mort. La reine et madame la dauphine, surprises d'une mort si prompte, ordonnèrent à Dionis de faire l'ouverture du cadavre. Ce chirurgien célèbre trouva l'enfant au milieu des intestins, et nageant dans une grande quantité de sang. Le cordon ombilical était intact, et l'arrière-faix adhérait encore à la matrice. Cet organe avait deux fonds, c'est-à-dire qu'il était divisé à sa partie supérieure en deux corps qui avaient une ouverture commune dans le vagin ; chaque corps avait une trompe et un ovaire ; la partie gauche qui contenait le fœtus était déchirée ; la droite renfermait le produit d'une nouvelle conception, qui avait le volume d'un petit œuf.» (*Anatomie de Dionis ; dissertation sur la génération.*) Sue dit qu'on lui a communiqué un exemple semblable. (*Essais historiques sur les accouchements*, tome XI, p. 272.)

2° *Déviations de la matrice.* Quand cet organe n'a pas sa direction en rapport normal avec les axes du bassin, on comprend que les forces qu'il développe ne portent plus efficacement; de là la necessité d'un déploiement plus considérable de ces forces et des craintes pour l'intégrité de l'organe qui les produit. En effet, une obliquité trop prononcée de la matrice change la direction des forces de la matrice; d'un point du bassin que l'enfant peut traverser, ces forces sont transportées alors vers les parois du bassin, car c'est contre ces parois que le col utérin est porté et non dans la cavité du bassin. Non-seulement les forces se brisent alors sur les parois pelviennes, mais la dilatation du col est empêchée. Les accoucheurs savent parfaitement que toutes les déviations retardent les accouchements et que quand la matrice lutte avec trop de force et surtout trop de précipitation, la tête de l'enfant entraîne devant elle une portion des parois de cet organe, la presse, l'amincit, et si l'accoucheur n'intervient pas efficacement, il y a déchirure, ou bien plus tard cette partie de la matrice se gangrène ou est prise d'une inflammation grave.

3° *Lésions organiques, lésions vitales de la matrice.* Toutes les lésions organiques de la matrice peuvent à la rigueur être considérées comme des causes prédisposantes des ruptures de la matrice dont il s'agit. En effet, ces maladies doivent rendre très-inégales les résistances des différents points de l'utérus; car, ou elles produisent des indurations avec tumeur, et alors sur ce point il y a absence de contraction et compression de l'enfant qui est porté sur le point opposé qui va doubler d'efforts au moment de l'accouchement; ou bien ces lésions affaiblissent le ressort de l'utérus, diminuent l'épaisseur de ses parois, leur donnent une espèce de fragilité particulière qui favorise singulièrement la rupture.

Les lésions organiques ne sont pas les seules à rendre moins résistantes les parois de la matrice; une ancienne inflammation, une ancienne cicatrice peuvent produire le même résultat. Quelquefois ce ne sera pas à la première grossesse qui suivra les lésions indiquées, mais à une autre grossesse qu'éclatera l'accident. L'affaiblissement de la matrice, la diminution dans l'épaisseur des parois de cet organe peuvent être produits non par un état pathologique réel, mais par une longue fatigue, par un trop fréquent exercice. Il est très-vrai que, dans le plus grand nombre des cas, l'exercice développe les organes, leur donne du ton. Mais il n'en est pas moins vrai que l'abus de l'exer-

cice, la fatigue, peuvent produire l'effet contraire. Si on a lu notre article sur les ruptures du vagin, on aura noté que nous avons considéré comme une des causes les plus efficaces de cet accident, les grossesses, les accouchements répétés. Nous pouvons en dire autant de la cause prédisposante la plus efficace de la matrice, c'est parce qu'elle a trop fréquemment été distendue, qu'elle a perdu le degré de résistance nécessaire à un accouchement difficile.

On conçoit que si les endurcissements, les tumeurs dont nous avons parlé tantôt siégent vers le col ou sur le col même, ils opposeront un obstacle plus réel à l'accouchement, et nécessiteront de la part de l'utérus des efforts qui pourront compromettre l'intégrité de ses fibres.

B. *Causes qui proviennent des parties en rapport avec la matrice* Pour que l'enfant soit définitivement expulsé, il doit traverser la filière représentée par le vagin lequel est doublé par ce qu'on appelle le petit bassin ; l'étroitesse relative ou absolue de ces canaux peut donc empêcher complètement cette expulsion ou la rendre d'une difficulté extrême. Ce sont surtout les vices de conformation du bassin, les tumeurs qui font corps avec les os composant cette cavité, ce sont surtout ces dispositions anormales qui causent les difficultés que nous avons signalées, difficultés d'ailleurs autrement sérieuses que celles produites par les étroitesses du vagin. En effet, celles-ci peuvent presque toujours être levées sans grand danger pour la femme et pour l'enfant, tandis qu'il n'en est pas de même pour les vices de conformation du bassin et ses exostoses.

C. *Causes qui tiennent à l'enfant.* Nous avons déjà fait pressentir notre opinion sur le rôle actif de l'enfant dans la production des déchirures de la matrice ; nous devons achever de détruire cette erreur par les raisonnements dus à un esprit très-juste, Murat.

« Skenckius, Fabrice de Hilden, Lamotte, Grégoire, Astruc, Deventer, etc., ont cru que l'enfant était l'agent immédiat de cette rupture. Cette opinion a été adoptée par Levret, Crantz, Deleurye, etc. Crantz a regardé les agitations convulsives dont peuvent être affectés les enfants encore contenus dans la matrice, comme la véritable cause prochaine de la rupture de l'utérus ; il dit que, dans ces cas, l'enfant secoue fortement la matrice, que venant à s'élancer contre elle avec force, il la perce par un coup violent qu'il lui applique. M. Piet, qui a inséré dans un journal de médecine (*Recueil périodique de la société de médecine*, t. III, p. 417 et suiv.), des réflexions et des vues particulières sur la cause de la rupture de la matrice, sur ses effets, sur les moyens d'y remédier ; M. Piet, dis-je, en adoptant l'opinion de Crantz et de Levret, pense que l'enfant, physiquement excédé de la gêne et du trouble que produit dans tout son individu une pression violente, exercée depuis très-longtemps sur son corps, peut être pris subitement de convulsions. Les pieds en s'allongeant et s'étendant frappent alors par des secousses violentes et répétées, contre un endroit quelconque de la matrice, et ils emploient quelquefois tant de force qu'ils la crèvent et la déchirent.

» Il n'est pas permis d'adopter aujourd'hui exclusivement cette opinion ; car quelque force qu'on suppose à ces mouvements, ils seront toujours incapables de produire cette rupture, si d'autres causes n'agissent en même temps ou ne l'ont préparée d'avance ; d'ailleurs, si l'on fait attention que, dans la plupart des circonstances où la rupture se fait, l'enfant est pressé et comprimé de manière à ne pouvoir faire aucun mouvement ; que peu de femmes ressentent des secousses de sa part au moment où la déchirure s'opère ; que chez d'autres elle ne survient qu'après la mort de l'enfant, on doit être surpris que cette opinion conserve encore des partisans, aujourd'hui surtout qu'il est démontré que le fœtus ne concourt nullement à sa sortie, et que l'accouchement est l'effet des seules contractions de l'utérus. Le fœtus est toujours passif au moment où la matrice se rompt, ainsi que dans tous les temps de l'accouchement ordinaire, c'est un corps solide dont tous les points présentent un nombre infini de leviers sur lesquels l'utérus agit en tous sens, et s'il parvient quelquefois à briser ses enveloppes, il le

fait, non par la contraction de ses membres, mais comme l'opérerait tout autre corps solide, inanimé et d'une surface anguleuse sur lequel la matrice se contracterait fortement : trop comprimé par cet organe, l'enfant ne saurait se mouvoir dans la cavité utérine au moment de la rupture, et il n'acquiert la faculté de s'agiter que lorsqu'il est porté en totalité ou en partie dans la cavité abdominale. Loin donc de croire que les mouvements de l'enfant soient l'agent principal de la rupture, on doit plutôt penser, avec Rœderer et Baudelocque, qu'ils n'en sont que l'effet.» (Murat, *article Rupture du dictionn. des sciences médicales*, t. XLIX, p. 232.)

Mais s'il est vrai qu'on peut nier l'influence active de l'enfant dans la production de l'accident en question, il est impossible de ne pas reconnaître tout ce qu'une position vicieuse de cet enfant peut dans cette circonstance; elle peut singulièrement prolonger le travail et obliger la matrice à des efforts inouïs; on doit donc considérer la circonstance d'une position vicieuse du fœtus comme prédisposant à la rupture.

En effet, une position défavorable, c'est-à-dire n'ayant pas les rapports voulus avec le bassin, peut empêcher l'accouchement de s'effectuer par les seuls efforts de l'organisme. Alors, si on s'obstine à rester inactif et à laisser faire à la matrice, celle-ci, irritée par la présence du fœtus, qui peut être considéré comme corps étranger, se contracte violemment; de là des éraillures ou des diminutions d'épaisseur sur certains points et enfin la rupture de l'organe gestateur.

Ainsi la direction anormale du fœtus, le défaut de rapports de son grand axe avec l'axe de la filière représentée par le bassin, ce défaut de rapport est une cause de rupture. Voici une observation qui prouve de la manière la plus complète l'influence de la position de l'enfant dans la production de l'accident que nous étudions.

Obs. 3. «Je fus appelé précipitamment, à quatre lieues de chez moi, le 15 mars 1810, pour terminer un accouchement qui durait depuis vingt-quatre ou trente-six heures. A mon arrivée, je trouvai la malade morte et pliée depuis cinq heures sans avoir accouché. Curieux de connaître la cause d'une mort si surprenante, je fis aux personnes de la maison toutes les questions qui pouvaient me conduire à la découverte de la vérité. Je sus bientôt que le bras de l'enfant s'était montré dehors, que les douleurs de l'enfantement avaient été des plus violentes durant vingt-quatre heures; qu'à la fin il en était survenu une plus déchirante que les autres; que la malade avait poussé un cri de désespoir, disant qu'elle était morte; en effet, elle le fut quelques minutes après, et pliée selon l'usage, sans qu'on pensât à faire l'ouverture du ventre pour sauver l'enfant.

»Dès l'instant, j'eus l'idée d'une rupture de matrice, et j'employai tous les moyens de persuasion pour obtenir la permission de faire l'ouverture du ventre; j'y parvins en disant que l'enfant pouvait être encore en vie, et que cette ouverture était indispensable.

» Le ventre était considérablement gonflé, et l'on sentait manifestement à travers les téguments et les muscles de l'abdomen, un corps dur, que je pris pour les fesses de l'enfant. L'ouverture étant faite à la manière ordinaire, je rencontrai, en effet, les fesses de l'enfant, à la hauteur du nombril; le corps était engagé dans une large crevasse de la matrice, la tête plongeait dans l'excavation du bassin, appuyée contre le bras qui était dehors jusqu'au dessous du coude; elle était tellement serrée dans le détroit supérieur, qu'il fallut multiplier les tractions pour extraire l'enfant par l'ouverture du ventre, en tirant fortement par les pieds et par les cuisses.

» Le bras gauche qui était dehors, était livide, tuméfié et aplati à l'endroit qui appuyait contre la tête et la marge du bassin.

» La matrice était épaisse et d'un rouge violacé; il y avait peu de sang épanché dans le ventre et la matrice. L'examen du bassin me fit voir qu'il était bien conformé, qu'il avait les dimensions ordinaires, et que les seuls obstacles à l'accouchement provenaient de la présence du bras engagé avec la tête.

» La femme était âgée de 34 à 35 ans, grande, bien portante et bien constituée; elle avait heureusement accouché de plusieurs enfants; un vieux chirurgien

maladroit du pays, qui l'avait secourue avant la mort, n'avait su ou pu repousser la tête et faire rentrer le bras, il s'était retiré avant l'événement. L'enfant était de volume ordinaire et pesait de sept à huit livres.» (*Revue médicale*, année 1837, tom. I, observation communiquée par M. Ronzet père.)

Ici l'intervention de l'art eût évité probablement la rupture, car les deux principales dispositions physiques favorables à l'accouchement existaient : 1° volume naturel de l'enfant; 2° diamètres naturels du bassin. La matrice n'était certes pas inerte. Il fallait donc changer la position de l'enfant comme d'ailleurs le fait très-bien remarquer M. Ronzet. Ainsi, comme nous l'avons déjà dit, l'expectation qui est si souvent avantageuse dans l'art obstétrical peut avoir ses dangers quand elle est exagérée.

Il y a un tout autre défaut de position qui peut donner lieu aux ruptures de l'utérus, c'est quand le fœtus est placé de manière à constituer ce que l'on appelle une espèce de grossesse extrà-utérine. Ainsi dans l'espèce intersticielle, dans celle de la trompe, on conçoit facilement la rupture, car ici les parois de la cavité qui renferme le fœtus ont très-peu d'épaisseur. Mais nous n'oserions pas insister, si on nous objectait qu'il n'y a pas identité de lésion, et si on disait que dans le premier il y a eu réellement rupture, c'est à dire une lésion tout à fait physique, tandis que dans les cas de grossesse extrà-utérine, il s'opère une solution de continuité, non brusque, non soudaine, comme tantôt, mais une solution de continuité qui ressemble davantage à l'ulcération, à celle que la nature met en usage quand elle veut éliminer un corps étranger.

Après ces considérations, nous diviserons les ruptures de l'utérus en celles qui ont lieu pendant la grossesse et en celles qui ont lieu pendant l'accouchement.

§ 1. Ruptures de l'utérus pendant la grossesse.

Causes. Dans les généralités qui précèdent ce paragraphe, nous avons dit plusieurs fois qu'il fallait élaguer les solutions de continuité produites par une violence extérieure, ce qui diminue de beaucoup les faits de ruptures réelles de l'utérus, celles qui peuvent être considérées comme étant produites par une cause dépendante complétement de l'organisme. Cette élimination des causes physiques restreint surtout les limites de ce paragraphe, destiné seulement aux ruptures pendant la grossesse, car si d'une part on met de côté les causes tout à fait extérieures, si on accorde (et il le faut bien) que l'enfant ne peut être actif dans la production de la rupture, reste seulement, pour cause déterminante ici, l'excès de distension. Or les ruptures de la matrice seulement par excès de distension sont-elles réellement établies par des observations parfaitement authentiques? c'est là encore une question dont la solution par l'affirmative serait plus hasardée que la solution contraire. Nous allons bientôt le prouver. Mais des efforts qui mettent en jeu le système musculaire, celui surtout qui entre dans la composition des parois abdominales, ces efforts ne sont pas étrangers à la rupture de l'utérus, et pour certains chirurgiens, ils peuvent l'effectuer complétement. Cependant si on y regarde de près, si on analyse avec soin les observations, rarement on trouvera une matrice *antérieurement saine*, quand un pareil accident sera produit.

On verra dans l'observation qui va suivre les effets d'un effort qui a préparé la solution de continuité, mais qui ne l'a pas opérée définitivement.

Obs. 4. Rupture au troisième mois de la grossesse.

« Dans le courant de messidor an XI, madame Grollé, de Saint-Symphorien, âgée de trente ans, d'un tempérament mou et pituiteux, ayant eu cinq enfants et plusieurs fausses couches, portait sur la tête un fardeau, étant alors enceinte de trois mois. Elle fit un faux pas, et dans l'effort qu'elle fit pour s'empêcher de tomber, elle ressentit une douleur violente dans la matrice, suivie d'une sensation de chaleur dans le ventre, de défaillances, de sueurs froides et de syncopes. Transportée chez elle le pouls était petit, faible, intermittent : ventre dur et tendu, face pâle, lèvres décolorées, yeux éteints, respiration difficile ; prostration des for-

ces sans hémorrhagie extérieure (fomentations d'oxycrat froid sur le bas-ventre, position horizontale, repos, diète, tisane de riz). Le lendemain, la chaleur de la peau s'éleva, la malade put articuler quelques paroles... le quatrième jour il y eut un léger mouvement de fièvre, suivi d'une chaleur générale. Après quinze jours de repos, elle se leva et vaqua à ses affaires sans ressentir d'autre incommodité qu'un peu de faiblesse. Un mois après l'accident, des symptômes analogues aux précédents reparurent avec beaucoup d'intensité, les mêmes moyens furent sans efficacité, et trois jours après la malade mourut.

A l'ouverture du bas-ventre il sortit environ deux pintes de sang noir et liquide. Il existait au-dessus de l'utérus un caillot aplati, de la largeur de la main, un peu moins épais, brun, tenace, consistant, élastique, adhérant à la surface antérieure de la masse intestinale et au fond de l'utérus près de l'insertion de la trompe droite sur une crevasse d'un pouce d'étendue, crevasse correspondante à l'implantation du placenta; la cavité utérine contenait un fœtus mâle de trois à quatre mois bien conformé. » (J. B. Puzin, thèse 1809.)

Nous allons maintenant transcrire une observation des plus remarquables. Nous n'omettrons aucun détail malgré leur grand nombre, car l'observation est bien rédigée, et elle contient des circonstances on ne peut plus extraordinaires. Ainsi c'est à deux mois de grossesse qu'a eu lieu la rupture, et c'est en valsant que l'accident se serait effectué. Ce serait donc ici un cas où les contractions des parois abdominales auraient eu une prodigieuse influence. Mais abordons les détails :

Obs. 5. *Vingt-six ans, deux fausses couches précédentes; grossesse de deux mois et demi; rupture de la matrice survenue en valsant; mort rapide par hémorrhagie.*

Madame Cayer, âgée de vingt-six ans, demeurant rue du Four, 67, avait eu un premier accouchement à terme à vingt et un ans, suivi de deux fausses couches, l'une de quatre mois, à vingt-trois ans, et l'autre de deux mois à vingt-cinq. Ces deux accidents n'avaient paru en rien altérer sa santé, lorsque, vers la fin de mai 1825, cette dame devint enceinte pour la quatrième fois. Les commencements de cette grossesse ne furent troublés par aucun événement fâcheux. Madame Cayer continuait à se livrer à ses occupations et même à ses amusements ordinaires, à la danse surtout, pour laquelle elle avait eu de tout temps une sorte de prédilection.

Le dimanche 7 août, après avoir pris un bain très-chaud dans la journée, et dîné très-légèrement, elle se rendit au bal, et se disposait à y passer une partie de la nuit, lorsqu'en valsant, elle ressentit tout à coup un craquement assez fort dans le bas-ventre, et tomba presque aussitôt en syncope. Les assistants, effrayés d'un état aussi alarmant, s'empressèrent de la ramener chez elle et de la mettre au lit. Les symptômes les plus graves se manifestèrent et se succédèrent avec une rapidité effrayante. L'abdomen se tuméfia et devint douloureux, le pouls s'affaiblit, les traits se décomposèrent, la face et toute l'habitude du corps se couvrirent d'une sueur froide; la malade était dans une anxiété inexprimable. Elle eut quelques vomissements, dans lesquels une partie de son dîner fut rejeté. Tel était l'état dans lequel la trouva M. Moulin, son médecin ordinaire, qui fut appelé à lui porter des secours.

Arrivé près de cette dame, M. Moulin, qui l'avait soignée pour deux fausses couches, crut avec tous les assistants qu'elle était menacée d'en faire une autre. Aussi, pénétré de cette idée, ne put-il attribuer l'extrême prostration des forces, la pâleur de la face et l'exiguité du pouls, qu'à une perte foudroyante dont cette fausse couche devait être accompagnée. Il s'empressa donc, dans cette croyance, de toucher la malade. Mais quel fut son étonnement lorsqu'il ne vit pas une seule goutte de sang s'échapper du vagin, et qu'il trouva les parties sexuelles et le col de l'utérus dans leur état naturel, celui-ci ni plus ouvert, ni plus bas qu'il ne devait l'être à deux mois de grossesse.

Persuadé cependant qu'un tel état ne pouvait être que le résultat d'une hémorrhagie, et considérant d'ailleurs la tuméfaction du ventre et l'oppression tou-

jours croissante, joint à ce que la malade ne cessait de se plaindre d'une douleur dans l'abdomen, au-dessus de la fosse iliaque droite, il crut que dans l'effort qu'on lui disait que madame Cayer avait éprouvé, il s'était fait une déchirure au foie. La circonstance du craquement que madame Cayer disait avoir senti dans cette région, lorsqu'on l'avait soulevée avec violence, semblait corroborer encore le diagnostic de M. Moulin, et en former, pour ainsi dire, le complément.

» D'après cela, la saignée devait tout naturellement s'offrir comme premier moyen curatif; mais M. Moulin, effrayé de la chute des forces et de la petitesse du pouls, n'osa se déterminer à pratiquer cette opération, et se borna à prescrire l'application de vingt sangsues sur l'hypochondre et la région iliaque droite, siége d'une douleur assez vive, des fomentations émollientes et des boissons rafraîchissantes, légèrement acidulées. Il était près de minuit lorsque le médecin quitta la malade. A quatre heures du matin, M. Cayer vint en toute hâte le chercher de nouveau, disant que sa femme se mourait, ce qui n'était que trop vrai, car l'anxiété était à son comble, l'altération des traits et la pâleur étaient extrêmes, et le nez et les extrémités glacés. A peine restait-il à madame Cayer assez de voix pour exprimer ses angoisses et le désespoir profond dont elle était accablée. M. Moulin, dans un cas aussi urgent et aussi extraordinaire, crut devoir réunir les lumières de plusieurs de ses confrères, pour l'éclairer sur la conduite qu'il lui restait à tenir. MM. les docteurs Guibert et Rivallié lui furent indiqués par les parents de la malade. Il était alors cinq heures. M. Moulin fit en peu de mots à ses collègues le narré de l'accident et des symptômes qu'avait éprouvés madame Cayer. La seule vue de la malade suffit d'ailleurs à ces messieurs pour les convaincre aussi qu'il restait peu d'espoir, et que la mort devait être prochaine. Mais ils ne furent point d'accord avec M. Moulin sur le diagnostic; tous deux, rejetant la supposition d'une déchirure de quelque viscère abdominal, pensèrent qu'il n'y avait probablement qu'une péritonite très-aiguë. A la vérité, ils ne purent juger que de l'état présent; et l'idée d'une inflammation du péritoine dut leur paraître bien plus vraisemblable que celle d'une hémorrhagie abdominale, d'autant plus en effet que cette cavité était tellement distendue, qu'il eût été impossible d'acquérir la certitude physique d'un épanchement. La fluctuation n'était plus sensible, et d'ailleurs les parois de l'abdomen étaient tellement douloureuses, qu'on n'eût pu employer la moindre pression pour constater ce symptôme, qui eût été cependant si important pour le diagnostic. Le toucher ne leur fournit non plus aucun indice que la matrice dût être, plus particulièrement que les autres organes, le siége d'une rupture. Ils trouvèrent, comme M. Moulin, le col de l'utérus dur, ferme, et ayant conservé toute sa longueur. Mais si MM. Rivallié et Guibert étaient dissidents d'opinion avec M. Moulin sur le diagnostic de la maladie, ils ne le furent nullement pour son traitement.

» Une nouvelle application de sangsues sur l'hypogastre, celle des sinapismes aux pieds, et l'usage d'une potion adoucissante, furent conseillés d'un commun accord: et, en effet, ces moyens ne convenaient-ils pas également et à mettre un terme aux progrès d'une hémorrhagie intérieure et à calmer les symptômes d'une péritonite? Mais, nonobstant ce traitement, l'état de la malade continua de s'aggraver dans le cours de la journée, et à onze heures du soir, après avoir passé par tous les degrés de l'oppression et de l'anxiété la plus forte, Mme Cayer expira dans une angoisse inexprimable.

» L'ouverture du corps fut faite 24 heures après le décès, par les médecins ci-dessus désignés, auxquels vint s'adjoindre M. Tacheron, médecin de la mairie.

» 1° *Surface du corps:* bonne conformation générale; embonpoint ordinaire; tissu graisseux assez abondant sous les téguments de la poitrine et du ventre; mamelles développées.

» 2° Les organes encéphaliques n'offrent rien de particulier.

» 3° Les parois du thorax étant détachées, tous les organes renfermés dans cette cavité parurent très-sains, sans aucune exception; le diaphragme était fortement

refoulé vers la poitrine et pressait la base des poumons.

» 4° Le péritoine ouvert, on vit s'écouler d'abord une grande quantité de sang pur et liquide qui formait un épanchement considérable dans la cavité abdominale; la quantité de ce fluide pouvait être évaluée à quatre pintes environ. Le foie, l'estomac et les intestins étaient dans l'état le plus naturel; la membrane muqueuse digestive parfaitement saine.

» Dans la région hypogastrique, au milieu de l'épanchement énorme formé par le sang, on remarquait une tumeur arrondie, du diamètre de trois à quatre pouces, adhérente à la partie supérieure du corps de l'utérus, et semblant faire un tout avec ce viscère, au point qu'au premier aspect, on pouvait la prendre pour l'utérus lui-même. Cette tumeur, dont les parois, épaisses de cinq ou six lignes, étaient entièrement formées de sang coagulé, se trouvait creuse, et contenait dans sa cavité un fœtus paraissant âgé de deux mois et demi, entouré de ses membranes et des eaux de l'amnios.

» L'utérus ayant été incisé dans le sens de son grand diamètre et détaché de ses ligaments et du vagin, fut examiné séparément, aussi bien que l'œuf humain environné du caillot sus-mentionné; et l'on put remarquer alors les particularités suivantes.

» A la base ou partie supérieure de l'utérus existait une déchirure considérable, de forme circulaire, ayant au moins deux pouces de diamètre. Les bords de cette déchirure adhéraient au caillot formant tumeur à la base de l'utérus, et contenant, comme il vient d'être dit, le fœtus enveloppé de ses membranes. Il résultait évidemment de cette disposition que l'œuf humain, aussitôt après la rupture, s'était échappé de la cavité utérine, et avait passé dans l'abdomen, restant fixé près de la déchirure, où il paraissait retenu par le caillot qui s'était formé tout autour, et qui l'isolait exactement des viscères abdominaux.

» Le tissu de l'utérus était sain dans toute son étendue. A l'endroit de la déchirure, il se trouvait évidemment ramolli, et la surface déchirée paraissait rugueuse et inégale. L'épaisseur des parois utérines n'était pas plus grande en cet endroit que partout ailleurs; elle était d'environ huit à neuf lignes. Il n'y avait aucune apparence de cavité, ni rien qui indiquât la préexistence d'un corps étranger dans l'épaisseur de cette paroi. La surface interne de la matrice était un peu rouge, humide et parsemée de villosités et de débris filamenteux; le placenta, à peine ébauché, et sous forme de membrane mince, allongée et triangulaire, ne se distinguait que par sa continuité avec le cordon ombilical et son adhérence aux membranes du fœtus. Il fut impossible de s'assurer si ce corps adhérait à l'intérieur de l'utérus et aux bords de la déchirure de ce viscère.

» Le fœtus, transparent à travers les eaux de l'amnios et les membranes, paraissait bien conformé et du sexe masculin; sa tête occupait la partie la plus déclive.

» Tous les autres organes de l'abdomen et du bassin de la dame Cayer, ainsi que le péritoine étaient parfaitement sains et avaient conservé leur couleur et leur disposition ordinaires.» (*Archives générales de médecine*, tome IX, page 382.)

Les médecins qui ont rédigé l'observation intéressante qu'on vient de lire, attribuent aux efforts musculaires violents et brusques que produisit la valse, la rupture de l'utérus. Mais, dans l'action de valser, les muscles abdominaux n'agissent que d'une manière faible et pour affermir le bassin. Et même si, pour valser, une contraction était nécessaire, comment cette contraction aurait-elle pu agir directement sur l'utérus à une époque où cet organe est encore entièrement contenu dans l'excavation du bassin? Remarquez que c'est au troisième mois de la gestion que le fond de la matrice se trouve au niveau du pubis, et la grossesse ne datait que de deux mois et demi.

On a noté que cette dame avait eu deux avortements; on peut donc soupçonner une maladie antérieure de la matrice. Avec cette prévention lisez attentivement ce passage de l'autopsie:

« *A la partie supérieure de l'utérus, existait une déchirure considérable, de forme circulaire, ayant au moins deux pouces de diamètre. Le tissu de l'utérus était sain dans presque toute son étendue;*

à l'endroit de la déchirure, il se trouvait évidemment ramolli, et la surface déchirée paraissait rugueuse et inégale; l'épaisseur des parois utérines n'était pas plus grande à cet endroit que partout ailleurs; elle était d'environ huit à neuf lignes. »

Il serait difficile de déterminer au juste la nature de l'altération de la matrice. Mais on remarquera que ce ramollissement doit, dans ce cas, être considéré comme une affection du tissu de la matrice, antérieure à l'accident, et non comme le résultat d'une inflammation provenant de la déchirure, car la mort est survenue vingt-quatre heures après l'accident; et, pendant ce laps de temps, le péritoine ne s'était pas même enflammé. M. Mondière, qui s'est emparé de cette observation pour soutenir l'opération adoptée ici, ajoute : « Si nous considérons la forme arrondie de la rupture, on sera forcé de reconnaître que celle-ci n'a été produite ni par la contraction des parois de l'utérus, ni par celle des muscles abdominaux; car alors, au lieu d'être circulaire, elle eût été longitudinale, comme dans le plus grand nombre des observations que nous consignerons dans ce travail. Nous retrouverons encore, en parlant des ruptures de la matrice pendant l'accouchement, l'occasion de faire ressortir cette influence d'un état morbifique et surtout du ramollissement antérieur, sur l'accident qui nous occupe.

» Nous n'ignorons point que Désormeaux (1) et M. Geoffroy Saint-Hilaire (2) rangent cette observation parmi les cas de grossesses interstitielles, dans lesquelles le fœtus se développe dans une cavité creusée au centre même de la substance de la matrice. Désormeaux, pour soutenir son opinion, s'appuie sur l'époque peu avancée de la grossesse, et l'absence d'hémorrhagie par le vagin. La première raison se trouve détruite par les faits que nous rapportons, et dans lesquels la rupture eut lieu dans les premiers mois de la grossesse, sans l'action d'aucune cause extérieure. Quant à l'absence de l'hémorrhagie par le vagin, on trouvera dans cette partie de notre mémoire plusieurs observations où on n'a point observé d'écoulement sanguin. (Observations 2, 9 et 10.)

» Si maintenant le lecteur veut se donner la peine de parcourir avec attention les observations de grossesses interstitielles connues jusqu'à ce jour, et présentées avec des détails assez circonstanciés sous le rapport pathologique, il verra que dans ces cas, l'épaisseur des parois du kyste était peu considérable, surtout vers l'endroit de la rupture, où elles étaient minces, membraneuses. » (*Revue médic.*, 1837, t. IV.)

Voici comment Dance s'exprimait dans l'observation qu'il adressa à M. Breschet :

« Cette cavité (celle dans laquelle le fœtus était contenu) séparée, par sa base, du reste de la matrice, est évidemment une continuation du tissu de l'utérus, dont on pouvait suivre les fibres dans les parois de la cavité accidentelle, jusque tout près de l'ouverture qui se trouve à son sommet, mais ces parois allaient progressivement en s'amincissant de la base de la cavité où elles avaient trois lignes d'épaisseur, jusqu'aux contours de l'ouverture, qui n'était plus formée que par le péritoine recouvrant la poche extérieurement. » (Voyez le mémoire de M. Breschet, p. 14.)

Maintenant comparez ces détails anatomiques à ceux qui ont été donnés par les rédacteurs de la longue observation que nous avons transcrite. MM. Guibert et Moulin disent : « le tissu de l'utérus était sain dans presque toute son étendue. A l'endroit de la déchirure, il se trouvait évidemment ramolli, et la surface déchirée paraissait rugueuse et inégale, l'épaisseur des parois utérines n'était pas plus grande que partout ailleurs, elle était environ de huit à neuf lignes. »

Ces détails sur l'épaisseur des lèvres de la solution de continuité et d'autres qu'on peut rapprocher de l'observation de Dance et de celles qui ont trait aux grossesses extrà-utérines, toutes ces circonstances bien appréciées prouvent que madame Cayer a succombé à une rupture de matrice qui, selon nous, a été préparée par une lésion des tissus qui composent cet organe.

(1) Arch. gén. de Méd., t. IX, p. 394.

(2) Rapport fait à l'Institut sur le mémoire de M. Breschet, t. IV, décembre.

Obs. 3. Rupture de l'utérus à deux mois de grossesse.

Le 3 juillet 1808, M. Collineau fut appelé à quatre heures du matin près d'une femme âgée de 26 ans, qui depuis trois heures éprouvait une colique très-violente, et trouva cette femme se roulant dans son lit, en poussant de longs gémissements que lui arrachait la douleur. La face était très-pâle, la peau couverte d'une sueur froide; le pouls petit, inégal, vite et intermittent. Le ventre était gros, mais ni dur, ni douloureux au toucher. La malade ne put répondre aux questions qu'on lui adressa, qu'en désignant la région hypogastrique, et disant avec effort que c'était de là qu'elle souffrait. Le mari dit que depuis trois mois ses règles manquaient, qu'elle était mal portante, mais qu'elle attribuait cet état à une grossesse probable; que la veille, 2 juillet, au soir, elle avait mangé des choux-fleurs et du petit-salé; que vers une heure du matin elle avait été prise d'une forte colique accompagnée de vomissements et suivie de défaillances pendant lesquelles elle était froide comme le marbre. Pendant ce colloque, la femme se tourna de côté et mourut.

Autopsie cadavérique. Embonpoint assez considérable, ventre volumineux et assez tendu; à l'ouverture de l'abdomen, il s'écoula un peu de sérosité et une grande quantité de sang : après avoir enlevé un très-grand caillot qui recouvrait les viscères abdominaux, on trouva un fœtus de deux mois environ, et qui était sorti de la matrice par une ouverture qui se trouvait au fond de ce viscère près de son angle gauche. Le placenta était attaché près de cette ouverture dont les bords étaient minces et frangés. Ce viscère était revenu sur lui-même de manière à embrasser exactement le placenta. Ses parois étaient épaisses de quatre à cinq lignes, excepté dans le lieu de la rupture, où, dans l'espace de plus d'un pouce de diamètre, elles étaient très-amincies. Le col de la matrice était long et épais.

Cette observation a été insérée dans le Journal général de médecine par M. Collineau; ce médecin se demande, sans se prononcer, si l'amincissement observé autour de la rupture était un vice de conformation ou un état pathologique : une de ces opinions peut être adoptée. « Mais il n'en est pas de même, dit M. Duparcque, de l'opinion que M. Collineau semble avoir, que la rupture a pu être déterminée par l'effort que cette femme avait fait, la veille de sa mort, pour enlever de terre et poser sur une table un vase très-pesant, chargé d'eau et de linge. Comme alors rien de ce qui s'observe quand s'opère une rupture utérine, n'a eu lieu, n'est-il pas présumable que cette cause n'aura agi qu'en augmentant la distension, l'amincissement de la portion déjà altérée de la matrice, et que surprise en cet état défavorable par les efforts de vomissements qui ont eu lieu pendant la nuit, c'est alors seulement que la déchirure s'est faite. Les symptômes qui ont accompagné et suivi ces vomissements prouvent du reste que ceux-ci ont été la cause déterminante de cet événement. » (Duparcque, t. II, p. 109 et suiv.)

Nous allons encore transcrire une observation extraite de l'ouvrage de M. Duparcque; ici il y a une rupture qui est attribuée à un accès de colère. Mais on remarque : 1° que la femme a fait antérieurement (très-antérieurement à la vérité) une chute; 2° que l'autopsie a prouvé que certains points de l'utérus étaient loin d'être sains; 3° que l'accident n'a pas éclaté *entièrement* au moment de la colère; 4° qu'après, la femme a fait un effort pour soulever un matelas; 5° enfin on notera cette circonstance que la femme était sous l'influence du plus violent accès de colère, et cependant elle a entendu dans le ventre un claquement! D'ailleurs nous ferons suivre l'observation des remarques de M. Duparcque.

Obs. 4. Rupture de l'utérus à quatre mois de grossesse. Accès de colère.

« La femme V..., âgée de 33 ans, autrefois d'une forte complexion et d'une bonne santé se livrait quelquefois à des accès de colère portés souvent jusqu'à la frénésie.

» Son premier accouchement fut heureux. Dans le cours de sa seconde grossesse, elle fit une chute qui provoqua l'a-

vortement. Je ne pus obtenir de renseignements circonstanciés sur cet événement qui était arrivé cinq ans auparavant; mais j'apprends que, depuis cette époque, cette femme avait eu une métrorrhagie presque continuelle, qui la jeta progressivement dans un grand état de faiblesse, altéra d'une manière sensible sa santé, et lui fit perdre toute son ancienne vigueur. Elle eut cependant deux enfants dans cet intervalle, et, chose remarquable, elle reprenait de la force et de l'embonpoint pendant ses grossesses, ce qu'elle attribuait à la suppression de sa perte. Le dernier de ses enfants a deux ans; elle était donc enceinte pour la cinquième fois, et parvenue au quatrième mois de sa grossesse, elle avait repris de la force et de l'embonpoint, lorsque le 24 décembre 1824 elle s'abandonna à un accès de colère extrêmement violent vers neuf heures du soir.

» Revenue à elle, et encore tremblante, elle se plaignit d'avoir ressenti dans le ventre une vive douleur, accompagnée d'un *claquement* (c'est l'expression dont elle s'est servie), cependant la nuit fut assez calme, et pendant toute la journée du 26, cette femme put vaquer à ses affaires qui consistaient à faire des ménages.

» Après une bonne nuit, elle s'aperçut que sa chemise était tachée d'un peu de sang. Cette circonstance, jointe à un sentiment de pesanteur analogue à celui qui précédait ordinairement l'irruption des règles ou plutôt de ses pertes, lui firent naître l'idée que peut-être elle n'était pas enceinte. Elle alla donc seule chez la sage-femme, demeurant assez loin de chez elle (de la rue de la Marche au carré Saint-Martin). La sage-femme la toucha, la rassura sur ses craintes et lui conseilla seulement du repos. Madame V... était sortie à onze heures, elle ne rentra qu'à midi et demi et mangea de bon appétit. A trois heures, se sentant encore faim, elle prit un potage. A quatre heures elle se rendit de sa maison nº 1 au nº 15, pour remplir des occupations domestiques. Mais elle fut subitement contrainte de les suspendre par la violence des douleurs qui se manifestèrent tout à coup dans l'abdomen. Elle revint chez elle, se mit au lit; les douleurs n'en continuèrent pas moins; elles se réveillaient surtout lorsqu'on soulevait la malade pour lui donner à boire. L'estomac ne put rien supporter, il rejeta non-seulement des vestiges d'aliments pris dans la journée, mais même les boissons presque aussitôt qu'elles étaient avalées. Cependant cette femme put encore prendre quelque peu de repos dans le courant de la nuit. Mais le 27 à sept heures du matin, elle se sent opressée, pâlit, pousse deux hoquets, et expire en pleine connaissance. M. le docteur Chapotin est appelé aussitôt, mais il ne trouve plus qu'un cadavre.

» La promptitude de la mort chez une femme bien constituée, qui n'avait été soumise à l'action d'aucune cause funeste présumable, qui n'avait éprouvé aucun symptôme remarquable, l'extrême pâleur de la face et du corps, la nature des derniers symptômes, firent soupçonner une hémorrhagie interne, dont il importait de connaître la source que l'on soupçonna devoir être dans l'abdomen. Je fus chargé de faire l'autopsie cadavérique en présence de MM. les docteurs Mercier et Dularet.

» Il était une heure de l'après-midi, le corps était roide, presque généralement froid, et commençait déjà à exhaler une odeur cadavérique; une large ecchymose *post mortem* donnait aux fesses une teinte livide.

» L'abdomen était tendu, mais peu résonnant. Je l'ouvris par une incision cruciale; dès que le scalpel entama le péritoine, un flot de sang noir, encore tiède, s'en échappa, entraînant des caillots de même nature. Toute la moitié inférieure de la capacité abdominale était remplie de ce fluide, en grande partie coagulé, dont la quantité put être évaluée à environ quatre livres. A la surface de cet épanchement, et immédiatement sous les parois abdominales, surnageait un fœtus mâle que nous jugeâmes âgé de quatre mois; il était mort. En suivant le cordon ombilical encore intact, nous le vîmes s'enfoncer dans l'utérus à travers une déchirure existant à la partie supérieure médiane et un peu postérieure de ce viscère, mais correspondant, vu l'obliquité antérieure de l'axe de l'organe, à sa partie la plus élevée. Cette ou-

verture avait deux pouces dans son plus grand diamètre qui était transversal, et quinze lignes d'avant en arrière, les bords en étaient presque aussi droits et réguliers que si la division en avait été faite par un instrument tranchant.

» En cet endroit, et dans l'espace d'environ deux pouces de circonférence, les parois de l'utérus étaient moins consistantes et de moitié moins épaisses que partout ailleurs. Près du bord antérieur de la déchirure rampaient, sous la tunique péritonéale, quelques veines variqueuses, larges et rapprochées les unes des autres, de manière à former une sorte de tache noire qui tranchait sur la couleur blanchâtre de la surface de la matrice. Cet organe, revenu sur lui-même, était complétement rempli par le placenta, dont une portion grosse comme un œuf de poule faisait saillie à travers la déchirure, en tenait les bords écartés, et lui donnait une forme elliptique. Cette masse était intimement adhérente à la surface interne de la matrice; le col utérin, long d'un pouce et demi, était épais, dur et serré.

» La surface péritonéale n'offrait pas la plus légère trace d'inflammation ; les parois abdominales ne présentaient aucune altération qui eût pu faire soupçonner de violence extérieure.

» *Remarques.* — L'amincissement et le ramollissement de la partie siége de la rupture, l'existence de vaisseaux variqueux à sa surface, caractérisaient une altération plus ou moins ancienne, mais dont il était facile de saisir l'origine. Remontait-elle jusqu'à l'époque de la chute que fit la femme V... pendant sa seconde grossesse? Cet accident aurait-il alors produit une contusion directe ou une distension dans ce point altéré, d'où serait résulté un affaiblissement de cette région ? N'est-ce pas à cette altération qu'il faut attribuer la ménorrhagie habituelle qui minait la santé de cette femme? Si depuis elle a eu deux grossesses sans éprouver d'accidents, peut-on en inférer que l'utérus n'était pas malade? Ces deux grossesses pourraient bien n'avoir eu d'autre effet sur cette altération que d'augmenter son amincissement. On peut se demander si, sans l'accès de colère qui a déterminé la rupture, la dernière grossesse n'aurait pas pu parcourir toutes ses périodes comme les précédentes, et si l'accouchement n'éprouvant aucun autre obstacle, ne pouvait pas avoir également lieu sans accident.

» Au reste, il est facile de concevoir comment un accès de colère a produit la rupture, en exposant la matrice à être violemment secouée, fortement pressée par les contractions spasmodiques et convulsives des parois abdominales contre la colonne vertébrale ; l'œuf comprimé, et ne pouvant trouver issue à travers le col utérin, allongé et dur, a porté tout l'effort de réaction contre une des régions les moins soutenues des parois de l'organe, et là justement où existait le moins de résistance, à cause de l'altération dont il était le siége. La rupture en a été le résultat.

» La douleur et le bruit de claquement que la femme V... ressentit dans le ventre pendant l'accès de colère prouvent que c'est alors que cette rupture eut lieu ; mais le calme de près de trente-six heures qui succéda à cet orage ne peut être conçu qu'en admettant, ou que la rupture a été d'abord très-bornée, ou qu'une portion du placenta ou du fœtus s'est engagée dans la crevasse, l'a exactement remplie, et a ainsi prévenu l'épanchement et l'hémorrhagie. On pourrait encore raisonnablement supposer, en appliquant à ce cas les remarques que nous avons faites sur la résistance que présentent parfois les membranes, on pourrait supposer, dis-je, que l'œuf humain a produit la rupture sans lui-même se rompre, comme il se dilate et s'engage à travers le col utérin plus ou moins résistant, sans être entamé. L'extrémité de l'œuf correspondant à la déchirure l'aurait donc alors remplie et bouchée. Mais cette digue quelle qu'elle soit, n'a pu résister à un nouvel effort. Ce n'est que le 26, à quatre heures du soir, que les suites ordinaires de ce genre d'accident ont brusquement débuté; il est probable qu'un mouvement violent, comme pour soulever les matelas, ou une posture vicieuse ou forcée, en soumettant la matrice à une nouvelle compression, l'aura sollicitée à refouler son contenu, à rompre enfin les

membranes, il est aussi présumable que les eaux et le fœtus auront été seuls chassés dans l'abdomen pour le moment, et que ce n'est que le 27 au matin que le décollement d'une partie du placenta a donné lieu à l'hémorrhagie, et occasionné la décoloration subite du corps, les étouffements, le hoquet, et la mort, qui a suivi presque immédiatement l'explosion de ces symptômes.

»Nous n'ajouterons plus qu'un mot pour faire remarquer la direction transversale de la rupture, et la netteté de ses bords.» (Duparcque, t. II, p. 42 et suiv.)

Quant à nous, nous renvoyons le lecteur aux cinq remarques que nous avons faites avant de transcrire l'observation et les réflexions qu'on vient de lire.

Passons à une observation qui tendrait à prouver que la rupture de l'utérus peut être complétement spontanée, puisque c'est pendant le sommeil qu'elle a eu lieu. Mais cette observation manque malheureusement de bien de détails qui constituent l'authenticité, et surtout de détails concernant les points de l'utérus sur lesquels portait la solution de continuité. On est plus porté à croire qu'elle est plutôt due à une ulcération, ou préparée par un ramollissement ou toute autre cause qui aurait détruit la cohésion des fibres de l'utérus.

Voici d'ailleurs les seuls détails qu'on lit dans *The London Medical Repertory*, mai 1817.

Obs. 5. *Grossesse de six mois; rupture spontanée pendant le sommeil; mort dix-huit heures après.*

« Le 16 février dernier (1817), je fus appelé, dit Stoll, auprès de Mme Hill. Je la trouvai couchée, vomissant une grande quantité de mucus glutineux. A chaque effort qu'elle faisait pour vomir, elle paraissait prête à s'évanouir; mais son pouls était en bon état, et elle n'offrait point d'autres symptômes. Elle était grosse d'environ six mois, et elle s'était bien trouvée jusque-là; elle avait été éveillée vers quatre heures du matin par une violente douleur de ventre, dans la région ombilicale. Cette douleur cessa bientôt, et fut remplacée par le vomissement qui revenait par intervalles.

» Je la quittai au bout d'une demi-heure, en recommandant à la garde de me faire avertir s'il survenait quelque chose de nouveau, parce que je prévoyais un accouchement prématuré. Mais elle n'éprouva plus de douleur; elle s'affaiblit graduellement, et mourut le même jour à dix heures du soir.

» Je désirai faire l'ouverture du corps, mais, comme les parents demeuraient à une certaine distance, je ne reçus leur agrément qu'après quelques jours.

» La cavité abdominale était remplie de sang. Après avoir renversé les parois de cette cavité; j'y trouvai le fœtus et le placenta, qui étaient sortis par une rupture arrivée au fond de l'utérus. Il est probable que cette rupture eut lieu le matin, au moment où la vive douleur se fit ressentir.

» Madame Hill avait vingt-six ans; elle était grosse pour la troisième fois; je l'avais assistée dans sa seconde couche, qui ne présenta rien de remarquable.»

Nous fixerons l'attention du lecteur sur une circonstance de cette observation qui pourrait bien faire mentir son titre. Ainsi il est dit que l'accident a été précédé par des vomissements, or les efforts nécessaires à cet acte sont précisément considérés comme causes de rupture. De sorte que celle-ci pourrait être rangée dans la catégorie des ruptures dont nous venons de fournir quelques exemples. Ainsi, ce ne serait pas là un cas de rupture spontanée, ou pour mieux dire, un cas de solution de continuité soudaine due au développement du fœtus ou à une action de la matrice elle-même.

Nous répéterons ce que nous avons dit en tête de cette observation. Il est à regretter que les détails les plus importants soient omis.

Ce serait le moment de transcrire l'observation de M. Egge, à laquelle nous avons fait allusion dans le premier paragraphe. Cette observation destinée à prouver la rupture de l'utérus par les mouvements de l'enfant, ne contient aucun détail sur cet enfant, ni sur ses mouvements. Seulement à la fin on dit, « le fœtus paraissait en bonne santé. Les mouvements qu'il fit dans la matrice ont été la cause de la rupture de cet organe.» Nous ne citons

cette observation que parce qu'il en est question partout ; ceux qui voudront la lire, la trouveront dans *Med. and Phys. Journ.*, nov. 1828. Elle n'a aucun caractère vraiment scientifique.

Si on interprète bien les faits que nous avons rapportés et les autres que possède la science, on conclura nécessairement que la cause des ruptures de l'utérus, même dans l'état de grossesse, n'est pas seulement due à l'enfant, c'est-à-dire, que ce n'est pas le développement de celui-ci qui *détermine*, à elle seule, cette solution de continuité en portant trop loin la distension de la matrice. Ce n'est donc pas une pression excentrique partant de l'intérieur de la matrice qui produit ces ruptures. Elles peuvent avoir lieu comme celles du cœur, celles de l'estomac qui s'opèrent souvent sans qu'on puisse expliquer d'une manière complète cet accident par une distension trop considérable de ces organes. Une lésion antécédente des tissus de ces organes, lésion qui altère la résistance des éléments qui les composent, est toujours invoquée pour donner la raison de ces accidents terribles et qui causent souvent la mort avec la rapidité de la foudre. Ou bien il faut qu'à la distension de l'utérus on joigne une action médiate ou immédiate sur cet organe, action le plus souvent violente et instantanée.

Siége. Le siége des ruptures de l'utérus pendant la grossesse est toujours sur une partie du corps de cet organe ; il est inutile de discourir longuement pour expliquer cette circonstance que tout lecteur comprendra facilement. D'ailleurs les observations sont là pour fournir la preuve de ce que nous avançons ; on n'a qu'à parcourir toutes celles que possède la science et à se rappeler celles que nous venons de citer.

Effets, accidents produits par la rupture de l'utérus pendant la grossesse.

L'exposition des résultats de la solution de continuité qui nous occupe établira le *pronostic* de cette grave lésion.

La solution de continuité complète de l'utérus met en rapport direct la cavité de cet organe avec la cavité abdominale. Il peut donc y avoir passage du contenu de l'utérus dans l'abdomen et d'une partie des viscères de cette cavité dans la matrice. L'utérus pendant la grossesse est éminemment vasculaire ; le placenta, le point où il est inséré sont dans les circonstances les plus favorables à une hémorrhagie ; on doit donc s'attendre à un épanchement, ou à une infiltration de sang. Le fait d'une solution de continuité de l'utérus, celui du passage des parties contenues dans l'utérus et autres déplacements, font supposer une inflammation violente qui ne manque jamais de s'allumer quand la femme ne périt pas avant cet accident.

A. *Passage de l'œuf dans l'abdomen.*

L'œuf, en partie ou en totalité, passe de la matrice dans l'abdomen après la rupture de la matrice. Ce résultat n'est cependant pas constant, et surtout il n'a pas toujours lieu instantanément. En effet, l'ouverture accidentelle de la matrice peut avoir des diamètres qui ne sont pas en rapport avec le volume de l'œuf ; de là sa rétention dans la matrice, rétention qui peut n'être que provisoire, car la rupture peut s'agrandir, se dilater, et l'œuf peut se présenter à cette ouverture par des diamètres plus favorables à sa sortie que dans les premiers moments.

Bien certainement la présence du fœtus dans l'abdomen doit jeter un trouble dans l'économie, et produire une inflammation mortelle. Mais cette issue funeste n'a pas toujours lieu. On a, en effet, constaté, et très-bien constaté des cas, où à la suite d'un accident il y a eu réellement rupture de l'utérus, passage du fœtus dans l'abdomen, puis établissement d'une nouvelle grossesse, issue heureuse de celle-ci, enfin expulsion consécutive du produit de la conception antécédente, et cela par une ouverture spontanée de l'utérus. On voit là un procédé merveilleux de la nature, celui par lequel elle entoure un corps étranger d'un kyste qui finit par s'ouvrir, et son contenu est alors définitivement éliminé. L'observation suivante prouve ce que nous avançons.

Obs. 6. *Rupture de l'utérus à sept mois de grossesse. Passage du produit de la conception dans l'abdomen sans épan-*

chement sanguin remarquable. Grossesse consécutive.

« Une femme grosse de sept mois tomba du haut d'un arbre, le 8 août 1754. Dès ce moment, son enfant cessa de faire aucun mouvement, et elle souffrit pendant un mois. En décembre suivant, quatre mois après l'accident, on sentait une masse que l'on pouvait faire rouler à volonté dans l'abdomen. Vers les derniers jours du même mois, cette femme eut par la vulve un écoulement sanguinolent qui charriait avec lui des cheveux. Le ventre diminua sensiblement. Pendant tout ce temps, la malade conserva sa santé ordinaire et vaqua à ses affaires. A la fin de février 1755, des symptômes de grossesse se déclarèrent, et elle accoucha le 8 décembre suivant, treize mois après la chute, d'un enfant très-bien portant. A la suite de l'accouchement, il y eut suppression des lochies, accompagnée de coliques et de douleurs de reins qui durèrent jusqu'au 5 février 1756. Le 8 mars, elle éprouva de nouvelles douleurs aux reins et dans toute l'étendue du bas-ventre. Il survint une tumeur à l'ombilic, avec des élancement très-vifs. L'ouverture de l'abcès donna issue à une grande quantité de pus fétide et à la sortie de plusieurs os. On fit l'extraction du reste des os et du placenta, qui était comme pétrifié. La malade guérit parfaitement, et a joui depuis d'une bonne santé. » (*Obs.* publiée par M. Bochard, dans l'ancien *Journal de Méd.*, t. v, p. 42.)

L'élimination du fœtus ainsi déplacé ne se fait pas toujours par cette région. Ainsi le docteur Percival parle d'une femme qui rendit en morceaux un enfant, et cela, par l'anus. Il y avait vingt-deux ans du passage présumé du fœtus de la matrice dans l'abdomen. (*Comment. de méd.*, v. I, p. 77.)

Voici maintenant un cas remarquable d'élimination par la vessie.

Obs. 7. Grossesse de cinq mois. Chute d'un lieu élevé. Rupture utérine. Passage du produit utérin dans la vessie.

« En avril 1816, M. le docteur Lessieux fut appelé à Maisons, près de Bayeux, pour y donner des soins à la femme Cardonne, qui souffrait plus que de coutume d'une difficulté à uriner qu'elle éprouvait depuis longtemps. Cette femme avait expulsé de l'urètre, après de violents efforts, un calcul long d'un demi-pouce, et de la grosseur d'une plume à écrire ; elle avait cinquante ans. A l'âge de vingt-sept ans, étant enceinte de cinq mois de sa deuxième grossesse, elle tomba d'un lieu élevé de dix pieds environ, sur le côté droit ; à l'instant même elle sentit une douleur déchirante dans le bas-ventre.

» Il survint de la fièvre et d'autres accidents qui l'obligèrent de garder le lit près de deux mois. Dès lors les douleurs cessèrent, mais sa santé fut toujours languissante. Elle éprouvait depuis cinq ans un besoin continuel d'uriner, et la plus grande difficulté pour rendre les urines.

» Le calcul expulsé était lisse ; une substance osseuse en formait le noyau. Le cathétérisme fit reconnaître une grande quantité de calculs adhérents à la vessie. En mai 1816, il se forma un abcès au-dessus du col de la vessie, qui s'ouvrit dans le vagin. Par cette voie, on put faire pénétrer le doigt dans cette poche, en détacher douze calculs, qui tous avaient pour noyaux des portions d'os d'un fœtus d'environ cinq mois ; après l'extraction, l'ouverture fistuleuse de la vessie se cicatrisa, et la femme revint à la santé.» (*Extr. des bull. de la soc. méd. d'émul.*, 1822.)

On a vu l'élimination s'opérer avec une lenteur extraordinaire ; ainsi le docteur Underwald parle d'un fait analogue à celui dont nous avons donné tous les détails ; il y eut une nouvelle grossesse après la rupture de l'utérus. L'élimination commença vingt et un ans après, et dura dix-huit ans.

Voici un des faits les plus extraordinaires, comme rupture de l'utérus et élimination. Il y a eu deux ruptures, une élimination naturelle spontanée ; l'autre est complétée par le chirurgien. Chez une femme à l'occasion d'une première déchirure de l'utérus, l'enfant se fixa dans l'hypochondre droit. Dans une nouvelle grossesse, suivie d'une nouvelle rupture, le fœtus se porte dans l'hypochondre gauche. Trois ou quatre mois après, l'un sort par un abcès, l'autre est extrait au moyen d'une incision.

Quelquefois l'élimination n'est pas

complète, et après la mort de la femme, on trouve encore des débris de l'œuf. Il arrive même qu'il n'y a point d'élimination, c'est-à-dire aucun abcès, aucune solution de continuité par où des parties plus ou moins volumineuses de l'œuf sont chassées au dehors. Alors, après la mort de la femme on a trouvé le produit de la conception contenu dans une poche, un kyste qui est pour lui une nouvelle matrice. Ce kyste a plus ou moins d'étendue, plus ou moins d'épaisseur; on l'a vu complétement cartilagineux.

Dans le kyste rarement le fœtus conserve ses formes, surtout si l'autopsie est faite très-longtemps après la rupture. Le plus souvent alors, il est réduit à ses éléments les plus solides; on a vu le fœtus converti en cette substance qu'on appelle gras de cadavre.

Ces grandes transformations du contenu doivent, comme pour le kyste, s'opérer surtout quand l'établissement de celui-ci est ancien, comme chez cette femme de Sens qui porta son enfant dans l'abdomen, pendant 48 ans; comme chez cette villageoise de la Souabe qui le porta 46 ans; comme chez celle de Vitry-le-Français qui fut grosse de cette manière pendant 22 ans.

Il est incontestable que si les faits qui prouvent le séjour si prolongé du fœtus dans l'abdomen étaient bien analysés, on trouverait souvent qu'il était surtout question de grossesses extra-utérines. Aussi faudra-t-il bien examiner les rapports de l'œuf à l'autopsie, l'état de la matrice, et avoir présents à l'esprit ou très-bien notés, les symptômes qui ont éclaté après la rupture présumée; ainsi, le fait suivant, emprunté à Bayle, est incontestablement un fait de rupture de la matrice :

Obs. 8. Une femme de Toulouse éprouva une rupture de l'utérus, pendant les douleurs d'un accouchement laborieux. L'enfant passa dans l'abdomen où il est resté pendant 25 ans. Après la mort de la mère, on fut curieux d'examiner la cavité abdominale. L'enfant était environné d'une couche comme plâtreuse; *on voyait très-distinctement l'endroit de l'utérus par où il s'était fait un passage.*

Le fait rapporté à l'Académie de médecine (10 septembre 1833), se rapporterait plutôt à une grossesse extra-utérine, car le placenta adhérait à un ovaire.

B. *Passage des viscères de l'abdomen dans la matrice.*

Ce sont les intestins grêles et l'épiploon, c'est-à-dire, les parties les plus mobiles qui passent ordinairement par la solution de continuité de l'utérus. Dans celles qui ont lieu pendant l'accouchement on reconnaît cette espèce de hernie par la présence dans le vagin ou à la vulve de l'intestin ou de l'épiploon. En parlant des ruptures du vagin nous avons fait mention de cette circonstance qui est des plus caractéristiques. En effet, on ne peut plus nier la rupture quand cet accident a été constaté. Mais dans les cas de rupture de l'utérus pendant la grossesse, cette hernie n'est pas observée pendant la vie; on comprendra parfaitement cela, si on admet l'intégrité du col de l'utérus et sa non-dilatation.

C. *Hémorrhagie.*

L'hémorrhagie est fournie par la matrice ou par une partie de l'œuf, surtout le placenta. Ce sont les lèvres de la solution de continuité de l'utérus et la partie du placenta, qui s'est détachée, qui fournissent le plus de sang. Ce sang passe dans l'abdomen, s'écoule dans le vagin ou est retenu dans la matrice; il s'infiltre quelquefois dans le tissu cellulaire sous-péritonéal.

« Alors même qu'aucune partie de l'œuf humain n'est passée dans l'abdomen, l'hémorrhagie seule peut entraîner plus ou moins promptement la mort. Constatons toutefois que l'hémorrhagie ne suit pas toujours immédiatement la rupture, et qu'elle n'est pas constamment suffisante pour rendre la mort imminente. Souvent la crevasse a son siége dans une partie des parois utérines peu pourvue de vaisseaux, soit naturellement, soit par rapport à la nature de l'altération prédisposante. D'ailleurs le mode même de division qui rend les ruptures analogues aux plaies par arrachement, doit rendre presque nulle l'extravasation du sang. Voilà sans doute ce qui explique comment certains cas de rupture, soit pendant la grossesse, soit pendant l'accouchement, n'ont donné lieu à aucune hémorrhagie,

du moins notable, puisque les femmes ont pu se rétablir sans avoir présenté aucun des signes des accidents propres à l'épanchement sanguin.

» La crevasse peut aussi se trouver plus ou moins exactement comblée, soit par une partie du fœtus ou une portion de ses dépendances, soit par un bord du placenta. Toute communication étant alors interrompue entre la cavité abdominale et la cavité utérine, le sang qui provient en général du décollement du placenta, ne peut passer de celle-ci dans la première. Si la rupture correspond à une large surface de l'enfant, les effets préservateurs de l'hémorrhagie et de l'épanchement sont les mêmes; il en sera de même encore si les membranes amniotiques sont douées d'une grande solidité. Elles comblent la crevasse de la même manière qu'elles bouchent l'orifice et le détroit supérieur à l'époque de l'accouchement.

» Enfin, lorsque l'œuf humain est chassé tout entier dans l'abdomen, comme Rambsbotham (1) en cite un exemple, le retrait de l'utérus, dont les parois se contractent, empèche l'hémorrhagie, ou du moins y met plus ou moins promptement un terme. La surface externe du placenta comprise dans l'ovoïde entier, a cessé de fournir du sang dès l'instant du décollement. Dans le cas donc de précipitation de tout le produit de la conception dans la cavité abdominale, l'hémorrhagie peut être presque nulle ou peu à craindre. » (Duparcque, tome II, page 72).

Le fait de M. Bochard que nous avons déjà cité, est un exemple confirmatif de ce que M. Duparcque avance ici.

D. *Inflammation et ses effets.*

Souvent après la rupture de l'utérus, quand la mort arrive promptement, on ne trouve nulle trace d'inflammation. La mort a lieu alors par l'ébranlement extrême éprouvé partout l'organisme. Et même quand la mort n'arrive pas subitement, qu'elle n'a lieu qu'un jour après, il arrive qu'on ne trouve pas de traces bien reconnaissables de l'inflammation. Ce phénomène peut être dû au spasme prolongé, produit par un grave accident, ou bien à l'hémorrhagie qui en est très-souvent la suite. Le corps sorti de l'utérus n'est d'ailleurs pas très-irritant de sa nature; les liquides qui s'épanchent ne le sont pas non plus au degré des humeurs, des matières qui s'épanchent dans l'abdomen à la suite d'une plaie pénétrante d'un viscère, d'une rupture quelconque du tube intestinal. Aussi, après ces dernières lésions, il est inouï que l'on ne trouve pas des traces d'une violente inflammation quelle que soit la promptitude de l'inflammation.

Cependant, pour rester dans le vrai, reconnaissons que l'inflammation est une des conséquences les plus fréquentes de la rupture de l'utérus, et que c'est elle qui tue la malade quand elle résiste à la première secousse nerveuse causée par la rupture, et quand l'hémorrhagie n'a pas eu lieu ou qu'elle a été modérée. Cependant, encore ici, ne soyons pas absolu et reconnaissons même les bienfaits de l'inflammation quand elle est modérée, quand elle est bien dirigée, quand elle naît à temps. C'est l'inflammation en effet qui crée, organise le kyste protecteur qui empêche ainsi un épanchement d'occuper une grande étendue; c'est encore elle qui trace la voie de l'élimination aux humeurs, aux parties qui sont devenues des corps étrangers. C'est surtout quand il n'y a que du sang épanché, et quand ce sang est en petite quantité, qu'on peut espérer que l'inflammation ne sera pas mortelle. Le sang, en effet, dans cette circonstance n'allume pas une vive inflammation, car son contact n'a rien d'irritant, et on peut dire que c'est le liquide le plus bénin de l'économie. Cependant, nous le répétons à dessein, ne nions pas l'inflammation, surtout l'inflammation grave; soyons au contraire continuellement en garde contre son extension. Si nous n'avions pas cette méfiance, nous pourrions omettre de remplir une précieuse indication, celle qui offre le plus d'espoir de succès, c'est-à-dire, les émissions sanguines.

Symptômes. Il semble qu'un accident tel que la rupture de l'utérus devrait être caractérisé par des symptômes qui ne laisseraient aucune obscurité dans le diagnostic. Il peut en être ainsi dans les

(1) Midwifery, part. I, p. 406. Murat, art. *Rupture*, du *Dict. des Sciences médicales.*

cas de ruptures pendant l'accouchement, mais pendant la grossesse, quand cet accident a lieu, et surtout quand il éclate à une époque peu avancée de la grossesse, le diagnostic peut être d'une extrême difficulté.

Si on veut étudier avec soin la symptomatologie de cet accident, on divisera les symptômes en locaux et généraux.

Symptômes locaux. Parmi ces symptômes, il en est qui sont constatés seulement par la mère, et d'autres qui sont surtout constatés par le chirurgien.

Les premiers sont les douleurs, le bruit de déchirement. — Les autres sont les changements de forme, de volume du ventre et de la matrice.

1° *Les douleurs.* Selon Mme Lachapelle, il y aurait une *déchirure* de la matrice, qu'elle appelle *chronique*, laquelle s'opérerait sans douleur. Il y aurait alors amincissement progressif, solution de continuité lente, nuancée de la matrice, qui peu à peu communiquerait avec le péritoine.

On conçoit que de pareilles solutions de continuité ne donnent pas lieu à une douleur très-promptement vive, et ayant les caractères de celle que produit une vraie rupture, de celle enfin qui a une vraie cause déterminante et soudaine. Mais alors cette solution de continuité *chronique* dont parle Mme Lachapelle, s'éloigne des solutions de continuité que nous étudions plus spécialement ici. Cette lésion est presque toujours caractérisée par une douleur subite, vive, rapportée à un point de la région hypogastrique. Cette douleur d'abord poignante et quelquefois analogue à une forte crampe, se transforme bientôt en une espèce d'engourdissement.

Avec la douleur arrivent un évanouissement, des spasmes, des tremblements des membres, et la malade est frappée d'une terreur exprimée par l'altération profonde de la face.

Ainsi que toutes les douleurs vives et profondes, celle-ci, comme nous l'avons dit, se transforme, elle disparaît même quelquefois, et un calme presque complet lui succède : ce calme peut durer non-seulement une ou plusieurs heures, mais un ou deux jours. Cependant elle se renouvelle plus vive, et avec elle des dangers que le plus souvent rien ne conjurera.

Ce calme est donc trompeur. Voici comment on peut l'expliquer dans quelques cas : la première douleur est due à la déchirure de la matrice ; cependant par cette déchirure rien n'est sorti encore ; alors la douleur cesse. Mais par une nouvelle action de la cause déterminante, par un effort ou par toute autre circonstance qu'on ne peut pas toujours expliquer, la rupture s'agrandit ; alors la douleur renaît. L'ouverture étant plus grande, la matrice se vide dans le ventre, nouvelle cause de douleur, et surtout cause des grands et pressants dangers que court alors la malade.

2° *Bruit.* Le bruit qui a lieu dans le ventre au moment de l'accident a été appelé un bruit de *déchirement*, un *craquement*, un *claquement*.

Nous croyons qu'on peut penser de ce bruit à peu près ce qu'il y a à penser du bruit de pot fêlé entendu par le malade qui se fracture le crâne. Nous ne savons vraiment pas si, pendant un aussi terrible accident, la personne qui l'éprouve peut entendre assez ce bruit pour le caractériser ainsi qu'on le dit dans les livres. Nous avons déjà fait une remarque que le lecteur se rappelle peut-être encore. Après avoir cité un fait de déchirure attribué à un violent accès de colère, nous avons écrit qu'il nous paraissait un peu singulier que la femme, sous le coup d'un si terrible accident, et sous l'influence d'une passion telle que la colère, pût percevoir assez le bruit de la déchirure pour le caractériser ensuite comme elle l'a fait.

On a été plus loin, on a prétendu que ce bruit pouvait être entendu non-seulement par la femme, mais par les assistants ! Nous ne sachons pas cependant que la science possède des observations bien authentiques qui établissent ce fait. « Au reste, dit M. Duparcque, son intensité (de ce bruit) doit être proportionnée, ainsi que celle de la douleur à l'épaisseur de la partie rupturée, et à l'étendue et à la promptitude de la rupture. » (Tome II, p. 19) Nous croyons qu'il est extrêmement plus facile d'avancer de pareilles opinions que de les

prouver. Il est vrai qu'il serait tout aussi difficile de prouver le contraire.

3° *Changements de forme de volume du ventre, de la matrice, mouvements de l'enfant. Issue du sang par les parties génitales.* Ce sont surtout ces circonstances qui peuvent être appréciées par le chirurgien. Mais comme on doit le penser, elles ne sont guère appréciables qu'à une époque avancée de la grossesse ; plus on se rapproche de l'époque de la conception, moins ces signes physiques sont prononcés.

Le volume du ventre peut très-bien être augmenté par une tout autre lésion que celle de la matrice ; une rupture quelconque d'un viscère de l'abdomen peut donner lieu à ce phénomène qui se produit aussi dans un cas de péritonite suraiguë, même sans aucune espèce de rupture.

La déformation du ventre serait plus caractéristique. Ainsi, l'hypogastre qui est le siége de la tumeur formée par le globe utérin, l'hypogastre se déprime à l'instant de l'accident. Ce phénomène est dû au déplacement de l'enfant qui a abandonné la matrice pour occuper une région de l'abdomen. Mais il faut, pour cela, que l'enfant sorte réellement de la matrice ; or, il est des déchirures de cet organe sans issue de l'enfant. Et même avec cette circonstance, un autre phénomène peut masquer ce quelle a de caractéristique. Ainsi, un épanchement sanguin peut très-bien remplir le vide laissé par l'enfant qui s'est déplacé.

L'enfant parvenu dans une autre région, fait là une saillie, cause une déformation quelquefois très-sensible. Peu de temps après l'accident, on peut mieux constater ses mouvements qui seraient alors beaucoup plus marqués ; il est certain par les saillies faites par les parties de l'enfant, que les mouvements de celui-ci doivent être plus marqués, quand le produit de la conception n'a plus l'enveloppe que lui forment les parois utérines. Mais dans l'appréciation de ce phénomène, on n'oubliera pas que chez certaines femmes il y a un tel amincissement des parois de l'utérus, par les saillies faites par l'enfant, que les mouvements auxquels il se livre sont extrêmement marqués. On dirait que le tout est immédiatement sous-cutané. Encore un coup, ces symptômes ne sont réellement observables qu'à certaines époques de la grossesse.

Quant au changement de volume de la matrice, c'est-à-dire, à son affaissement constaté par le toucher vaginal ou rectal, ce caractère peut manquer dans les cas où l'enfant n'a pas quitté la matrice après la rupture, et, dans le cas contraire, c'est-à-dire quand l'œuf a été chassé, si c'est au commencement de la grossesse, il n'est pas toujours facile de tirer parti de ce mode d'exploration, qui n'est d'ailleurs pas sans danger dans l'état où se trouve la malheureuse femme.

4° *L'écoulement sanguin par les parties sexuelles* doit certainement être pris en grande considération. Mais on n'oubliera pas qu'il peut entièrement manquer dans les cas les plus graves de rupture de l'utérus, et que son existence ne caractérise pas plus cet accident qu'un décollement simple du placenta, qu'un avortement ordinaire.

Symptômes généraux. Ces symptômes, l'expression vive de l'extrême perturbation éprouvée par toute l'économie, de l'hémorrhagie interne qui s'est opérée ; cette crispation, ce retrait, cette pâleur de la face, ce froid des extrémités, cet abattement général mêlé d'une forte anxiété et d'une terreur évidente, tous ces phénomènes peuvent être observés à la suite de toute autre rupture, d'une rupture d'un organe contenu dans l'abdomen.

Mais si on les réunit aux symptômes locaux que nous avons déjà passés en revue, on peut arriver à un diagnostic (bien entendu toujours dans les cas de grossesse un peu avancée) ; ainsi, ces symptômes généraux, pour avoir une valeur réelle, doivent être en rapport : avec les changements *brusques* du volume, de la forme de l'abdomen, avec une vive douleur soudainement déclarée, avec une violence, un effort quelconque.

Pour être très-réservés quand il s'agit de se prononcer sur le diagnostic, souvenons-nous toujours que le plus souvent ce n'est qu'à l'autopsie qu'on a réellement connu le siége, la nature de la lésion ; ajoutons que quelquefois, même après

l'autopsie, la vérité n'a pas toujours été complétement connue.

Deux erreurs peuvent surtout être commises : 1° on peut confondre la rupture de l'utérus avec la rupture d'un tout autre organe de l'abdomen; 2° on peut confondre ce même accident, avec la rupture du kyste qui enveloppe le produit de la conception développé en dehors de la cavité utérine (grossesse extra-utérine).

La première erreur peut être dissipée par les antécédents. Mais pour ce qui est des grossesses extra-utérines, les difficultés sont plus grandes ; nous avons cherché à éclairer ce point, après la citation de cette longue observation appartenant à la dame qui eut une rupture à la suite de la valse. Ici encore il faut avoir recours aux antécédents qui pourront, non toujours, mais quelquefois aider le diagnostic. Dans les grossesses extra-utérines on observe *en général* que les règles persistent ; les seins n'augmentent pas de volume ; avant l'accident, l'utérus n'a pas offert un développement en rapport avec l'époque présumée de la grossesse. Selon M. Duparcque la tumeur abdominale s'élève plus tôt et plus rapidement dans les grossesses extra-utérines; elle occupe moins la ligne médiane et paraît plutôt s'élever d'une des fosses iliaques. Elle est bosselée, inégale. Le col utérin, ordinairement dévié d'une manière anormale, ne présente pas non plus les modifications que lui imprime le développement de l'utérus dans l'état de grossesse ordinaire. Les accidents sympathiques, tels que les nausées, les vomissements sont aussi plus intenses. Enfin, la rupture du kyste est le plus souvent spontanée ; elle s'opère aussi le plus ordinairement lentement. (Duparcque, tome II, page 163.)

Pronostic. Toute l'histoire des ruptures de l'utérus, pendant la grossesse, témoigne de la gravité du pronostic, puisque c'est là un accident dans la plus funeste acception du terme. On a vu que le fait seul de la rupture de la matrice, avant même l'établissement de l'inflammation que la secousse imprime alors à tout l'organisme, pouvait tuer sans la moindre réaction. Si la femme résiste à ce premier choc, elle succombera à l'inflammation ou à ses conséquences qui deviendront alors des causes d'autres lésions. Ainsi la péritonite peut ne pas être générale; elle peut ne pas être directement et promptement mortelle. Mais les produits de cette inflammation, la cause qui l'a allumée, l'œuf détruit en partie ou en totalité, l'œuf plus ou moins détérioré, voilà tout autant de causes, ou si l'on veut, de prétextes pour une inflammation qui sera quelquefois tardive, mais qui entraînera des désordres, des suppurations, puis une consomption qui aura le plus souvent la mort pour terme. Si, par une espèce de miracle, la femme ne succombe ni aux accidents primitifs, ni aux accidents consécutifs de la rupture, on doit craindre qu'une seconde grossesse ne soit plus malheureuse ; car, comme on le pense bien, là où a existé une rupture de la matrice, est une cicatrice dont la résistance ne peut être comparée aux autres points de la matrice qui n'ont jamais souffert de solution de continuité. Voyez ce qui arrive à la suite des larges solutions de continuité des parois abdominales, à la suite aussi des ruptures des muscles qui entrent dans la composition de cette enceinte. Sur ces points lésés les parois sont affaiblies, et elles ont une bien moins grande résistance. Ainsi une rupture cicatrisée est une prédisposition à une autre rupture.

La conclusion de ceci, et de tout ce que nous avons dejà avancé, est que la rupture de l'utérus est un des plus graves accidents auxquels la femme soit exposée pendant l'état puerpéral, et cet état, nous le comprenons depuis le premier mois de la grossesse jusqu'à la fin des couches.

Traitement. Quand il nous a fallu des exemples, des observations pour prouver les effets funestes, les accidents primitifs et consécutifs de la rupture de l'utérus, la science nous a servi avec prodigalité. Demandez-lui des observations bien complètes qui prouvent l'efficacité d'un traitement quelconque, elle restera muette ou à peu près. Encore si ne pouvant guérir, nous pouvions quelquefois prévenir! Mais la prophylaxie s'appuie sur les causes, or, connaît-on réellement les causes qui préparent la catastrophe? les connaît-on assez pour agir sur elles et les éloigner? Quant aux causes déterminantes, nous avons vu que des efforts ont été notés

dans les observations, efforts qui souvent n'ont aucune influence fâcheuse, efforts d'ailleurs dont la femme doit toujours s'abstenir, quand elle le peut, mais qui en réalité ne devraient être considérés que comme des prétextes à la déclaration du mal.

Voilà tout ce que nous pouvons dire du traitement préservatif. Quant au traitement curatif, les moyens qui s'y rapportent peuvent être divisés en deux catégories : 1° Moyens médicaux, 2° moyens chirurgicaux.

1° *Moyens médicaux.* Nous parlons d'abord de ceux-ci parce qu'ils sont applicables même quand on est obligé de recourir aux seconds, c'est-à-dire à la médecine opératoire.

La plupart des observateurs ont noté que surtout quand la rupture de la matrice s'opérait brusquement, la femme était à l'instant plongée dans un état de frayeur, qu'il y avait enfin une espèce de commotion morale qui semblait indiquer que la malade avait un pressentiment de sa fin prochaine. Il y a donc là une indication des moyens moraux, des paroles d'encouragement, enfin de tout ce qui, dans le discours, peut inspirer, augmenter même la confiance.

L'état nerveux inséparable de cet état moral et d'un accident aussi grave, doit être certainement pris en considération et on devra donc agir en conséquence. C'est plutôt un collapsus qu'une surexcitation nerveuse. On devra donc chercher à relever les forces d'abord, mais toujours avec l'appréhension d'irriter, car immanquablement naîtra une inflammation dont le degré ou l'intensité pourraient être augmentés par l'emploi mal dirigé des premiers moyens. On voit combien le choix des antispasmodiques est difficile ici. En général les préparations d'éther sont considérées comme trop excitantes ; mieux vaudrait s'en tenir à des infusions légères des plantes aromatiques ou de camomille.

Saignées. Mais au premier éveil sur le début de l'inflammation, on devra recourir aux antiphlogistiques. Comme dans toute la thérapeutique de l'accident dont il est ici question, des difficultés surgissent, quand on tient en main les antiphlogistiques les plus puissants, les saignées. S'il y a eu et s'il y a encore hémorrhagie et hémorrhagie abondante par les parties génitales, doit-on tirer du sang et surtout doit-on en tirer beaucoup ?

Il est certain qu'on doit avoir égard au sang que la femme a déjà perdu, mais surtout à l'influence qu'a eue sur son système nerveux cette perte et le trouble physique ou moral du premier moment de l'accident. On ne négligera pas non plus de prendre en considération l'âge, la constitution de la malade, enfin on devra ici, comme toujours, se soumettre aux règles générales de toute bonne thérapeutique. Cependant, en général, on pèche beaucoup plus souvent ici par timidité que par trop d'audace, c'est-à-dire qu'on ne saigne pas assez, surtout quand on tire le sang par les sangsues, ce qui vaut beaucoup mieux dans les cas où on veut combattre ou modérer une péritonite, et c'est ici précisément un cas de cette espèce. En effet, par le fait de la rupture et surtout par les épanchements abdominaux qui en sont les conséquences les plus ordinaires, survient une inflammation péritonéale qui peut ne pas être mortelle, si on a le pouvoir de la contenir dans de justes limites. Elle sert à limiter les matières épanchées ou les parties de l'œuf qui de la matrice sont passées dans la cavité péritonéale. Il s'établit alors les kystes dont nous avons déjà parlé. Quelquefois la nature seule, sans les secours de l'art, arrive à un aussi heureux résultat. Nous avons mentionné des cas où l'organisme a agi avec ce bonheur. Il est des cas, au contraire, et ce sont les plus nombreux, où les moyens de l'art le plus habilement dirigés et agissant sur la plus belle constitution possible, échouent, et la mort arrive avec une promptitude extraordinaire.

Les bains sont de puissans auxiliaires toutes les fois qu'il s'agit de dompter une inflammation abdominale ; ils semblent pour cela trouver leur place ici. Mais ce moyen est peut-être le plus difficile à manier dans ces circonstances. En effet, les déplacements qu'on est obligé de faire subir à la malade peuvent aggraver les accidents en favorisant l'épanchement, en le rendant plus diffus, en entravant la marche de l'inflammation adhésive

(si elle s'est établie avec ce caractère), en rompant même des adhérences à leur naissance. Il vaut donc mieux, du moins la prudence semble l'indiquer, il vaut mieux remplacer les bains par des topiques émollients qui ne soient pas trop lourds, et par des lavements de même nature qu'on peut administrer maintenant sans déplacer la malade.

Voici ce que M. Duparcque écrit sur les moyens dirigés contre l'inflammation.

« On a évité l'explosion de ces premiers accidents, on a entravé avec succès leur marche funèbre : tout n'est pas fini pour la malade ni pour le médecin. De nouveaux, et souvent non moins redoutables, événements conspirent contre elle; lui, doit être prêt à les prévenir et à les combattre. En effet, une inflammation plus ou moins violente, plus ou moins rapide va frapper la matrice déchirée, le péritoine irrité par la présence de ses nouveaux hôtes, les viscères gênés par leur poids. Il importe donc d'en prévenir le développement, de la maintenir dans des bornes innocentes.

» Les moyens que nous avons opposés à l'hémorrhagie auront déjà pu agir comme prophylactiques de l'inflammation, état pathologique indiqué par la concentration des mouvements vitaux, circulatoires et nerveux. Ici donc se trouveront appropriés au début, les applications locales plutôt froides que chaudes; les boissons adoucissantes, également tièdes; les lavements par quart, de même nature, les excitants dérivatifs extérieurs. Plus tard, les saignées générales d'abord, puis locales. C'est surtout par la perfection du traitement antiphlogistique que notre époque excelle; de plus amples détails seraient donc inutiles ici. » (Duparcque, t. II, p. 108).

Avant d'en venir aux moyens tout à fait chirurgicaux, disons les moyens employés contre le plus redoutable des résultats de la rupture utérine, savoir : l'hémorrhagie.

Réfrigérants. « Le froid a pour effet de modérer, de suspendre même la circulation, non-seulement dans les vaisseaux capillaires, mais aussi dans les branches et les troncs artériels qui les alimentent. Ainsi, dans les méningo-cérébrites des enfants, la face est animée, les yeux sont injectés, les carotides et les temporales battent avec une rédondance qui contraste souvent avec les pulsations des artères des autres régions. Eh bien! l'application large de la glace sur la tête ne fait pas seulement pâlir les tissus : on sent les pulsations temporales carotidiennes baisser graduellement, et tomber même à un degré plus faible que dans l'état normal. Voilà pourquoi le froid peut être aussi tout aussi efficace dans les hémorrhagies traumatiques que dans celles capillaires, double caractère que présentent celles qui résultent d'une rupture de l'utérus. Ici le froid arrête l'hémorrhagie en diminuant, en suspendant la circulation, et en favorisant la formation d'un caillot protecteur.

» Il est d'observation que toutes les fois que le sang trouve une issue facile hors de ces canaux, il tend à s'en échapper jusqu'à ce que l'hémorrhagie cesse par défaut de matériaux. Il s'épanche jusqu'à la dernière goutte. Une piqûre de sangsue a plus d'une fois suffi pour épuiser tout le système circulatoire, et occasionner la mort par anémie dans un espace de temps assez court.

» Lorsque le siége de ces hémorrhagies est hors de la portée des moyens directs susceptibles de les arrêter, on a encore les moyens indirects, qui ont pour but de détourner le mouvement circulatoire par la saignée dérivative, par exemple, ou d'appeler activement le sang dans d'autres parties que celles vers lesquelles il l'est fatalement. Ainsi, 1° on le retient dans les membres par une compression circulaire, qui, portant seulement sur les veines dépressibles, laisse au sang la liberté d'arriver par les artères, et l'empêche de retourner au cœur; 2° On l'appelle dans les parties éloignées en excitant la circulation capillaire par les frictions plus ou moins excitantes, les rubéfiants, les ventouses, les applications chaudes. Ces médications sont donc essentiellement applicables aux cas qui nous occupent. » (*Maladies de la matrice*, par Duparcque, tome II, page 116).

Compression. « On ne peut employer ici qu'une compression médiate. Elle doit être appliquée largement et également,

de manière à embrasser toute la surface de l'abdomen, et être dirigée surtout dans la direction du bassin. En appliquant les parois abdominales contre la matrice, en y refoulant les intestins, cette compression agit sur le siége de la rupture, et oppose une digue directe à la perte sanguine. En même temps, la cavité abdominale rétrécie ne laisse plus d'espace au progrès de l'épanchement, auquel résistent aussi ses parois maintenues.

» La compression de l'aorte abdominale, si le développement du ventre ne s'y oppose pas, est aussi un moyen efficace de mettre un terme à l'hémorrhagie utérine. » (Duparcque, *ibid.*)

2° *Moyens chirurgicaux.* Une fois la rupture de l'utérus opérée, l'œuf devient un corps étranger, et cela, qu'il soit resté dans l'utérus ou qu'il ait été versé dans la cavité abdominale. Il y a donc ici une grande indication à remplir. Mais comme les moyens pour y parvenir portent avec eux un danger réel, on ne doit les employer que dans les cas réellement indispensables. On voit ici surgir de nouveau les difficultés du diagnostic. Or, sans un bon et complet diagnostic, il ne peut y avoir de médecine opératoire rationnelle. Hé bien! non-seulement il n'est pas toujours possible de préciser si l'épanchement a lieu; si tout l'œuf est passé dans l'abdomen; quel est le point de la matrice qui est déchiré; mais il n'est même pas toujours possible d'établir s'il y a rupture. Dans le doute, qui aurait le courage d'entreprendre une opération aussi grave que la gastrotomie, par exemple? Les doutes, comme nous l'avons déjà fait observer, augmentent; l'obscurité est d'autant plus grande qu'on se rapproche davantage du commencement de la grossesse. Heureusement dans ces cas l'épanchement est moins considérable, car l'œuf est peu volumineux et les chances de la formation d'un kyste protecteur sont plus nombreuses. Mais, d'un autre côté, au commencement de la grossesse, il est moins facile d'employer avec succès un des procédés que nous allons indiquer; procédé qui selon nous est le moins dangereux, celui de la dilatation du col utérin pour extraire l'œuf par les voies naturelles. Voici d'ailleurs les procédés qu'on cite comme pouvant être mis en usage quand la rupture a été constatée. Nous commencerons par le procédé le plus naturel, celui dont nous venons de parler et qui se rapproche le plus d'un véritable accouchement.

Extraction de l'œuf par les voies naturelles.

Si la grossesse n'est pas bien éloignée de son terme, si le col utérin ne présentait pas trop d'épaisseur, si les orifices étaient dilatables, dût-on même forcer la résistance qu'oppose le col non encore suffisamment effacé, M. Duparcque fait remarquer que l'épaisseur et la longueur du col utérin sont loin d'être des obstacles insurmontables à sa dilatation. Ces parties ont résisté à une violence brusque, elles céderont à une distension graduelle, bien que faite dans un temps assez court. Voici un fait qui vient à l'appui de ce qui est avancé par cet auteur :

« Je fus appelé par M. le docteur T., rue Geoffroy-Langevin, pour assister aux derniers moments d'une femme israélite, rachitique, et qui succombait à une hypertrophie du cœur. Elle était enceinte de huit mois; plusieurs accouchements précédents, heureusement et naturellement terminés, indiquaient que le bassin ne partageait pas la déformation très-considérable du corps. Il nous sembla que l'enfant donnait encore quelques signes de vie, quoique bien obscurs.

» La femme expirait. L'opération césarienne était indiquée; mais il fallait le consentement de la famille, et sa religion ne permettait pas que l'on portât l'instrument sur un corps mort; nous avions dû fonder notre proposition sur cet état, l'opération ne pouvant plus être préjudiciable à la mère, et pouvant sauver l'enfant. Mon confrère, de la même religion, hésitait. Impatient de délais si dangereux, et ne prévoyant pas pouvoir vaincre de tels scrupules, j'introduisis la main dans le vagin. Je sentis le col utérin saillant de quelques lignes, et permettant à peine l'introduction du doigt dans l'orifice externe; son extrémité se trouva bientôt arrêtée par l'orifice interne. Tel

était aussi l'état dans lequel M. le docteur T. avait trouvé ces parties peu avant mon arrivée. Je parvins cependant à faire pénétrer d'abord le doigt indicateur jusqu'aux membranes, et, en lui imprimant alors un mouvement circulaire de plus en plus excentrique, je pus, avec beaucoup plus de facilité que j'étais loin de l'espérer, obtenir assez promptement une dilatation suffisante pour introduire deux, puis trois doigts, et successivement toute la main. Les obstacles semblaient diminuer à mesure que j'avançais. Je sentis la tête de l'enfant, que je refoulai pour opérer la version. J'amenai très-facilement un enfant du sexe masculin : il ne donnait aucun signe de vie. Le cœur ne présentait même plus de ces mouvements rares et lents qui laissent encore quelque espoir. Cependant l'opération n'avait guère duré plus de quatre minutes, à dater de l'instant où j'introduisis le doigt dans l'orifice utérin.

» On pourra dire que la mort avait diminué, chez cette femme, la résistance du col de la matrice; mais nous rappellerons que cette résistance tient à deux causes : à l'organisation même du tissu du col, résistance passive; à la propriété que, comme le reste de l'utérus, il a acquise de se contracter, résistance active. Celle-ci ayant été détruite avec la vie, je n'avais donc à vaincre que la résistance organique ou de tissu. De même je ferai observer 1° que la résistance active durant la vie n'est pas continuelle; elle n'a lieu que pendant les contractions utérines; or, quand l'événement arrive, l'utérus est encore dans son repos léthargique : on éviterait d'ailleurs cet obstacle en agissant dans l'intervalle de ces contractions; 2° qu'il est bien reconnu que le col utérin se compose de fibres plus blanches, moins nombreuses et moins fortes qu'au corps de l'organe, et qu'elles ne jouissent qu'à un bien plus faible degré de la contractilité active. Et, en effet, dans les cas qui nécessitent promptement la version de l'enfant pendant l'accouchement, il arrive souvent que le col est encore dur, épais, en apparence très-difficilement extensible, et cependant on parvient toujours assez facilement à vaincre cette difficulté.

» Je crois donc qu'il faudrait, dans les cas qui nous occupent, et avant de recourir à d'autres mesures plus graves, examiner au moins s'il ne serait pas possible de délivrer la femme par les voies naturelles. Je n'ai pas besoin d'insister sur la nécessité de maintenir pendant la manœuvre les parois abdominales convenablement appliquées sur la matrice, et de diriger surtout la compression vers l'endroit où l'on présume qu'existe la rupture. » (Duparcque, t. II.)

Débridement multiple du col utérin.

Ici se présente une des applications du principe de *Médecine opératoire*, qui appartient à M. Vidal (de Cassis), le débridement multiple.

Nous en avons déjà fait mention plusieurs fois. Nous dirons qu'il vaut mieux employer le débridement, que de s'obstiner à dilater avec le doigt seulement le col, quand celui-ci offre une trop grande résistance. On a aussi parlé *d'une dilatation forcée du col;* or cette dilatation forcée exige nécessairement des violences; il faut pousser avec force vers l'abdomen, et on s'expose ainsi à ajouter à la rupture du corps de l'utérus une rupture du vagin, ou une rupture du col utérin dont on ne peut prévoir les bornes, tandis qu'un débridement bien fait, un débridement qui porte sur plusieurs points du col, peut permettre une dilatation suffisante sans que les incisions multiples, mais peu étendues, atteignent les limites au delà desquelles il y a les plus grand dangers pour la malade. Le doigt pour conducteur, et un bistouri mousse suffisent pour cette opération.

Gastrotomie, gastro-hystérotomie.

Cette opération est extrêmement grave. Cependant, malgré ses dangers, la gastrotomie semble devoir offrir plus de chances qu'une inaction, une expectation absolues. Combien d'accidents consécutifs n'éviterait-on pas si on avait recours plus franchement à cette opération. Mais quelle sûreté devra avoir le diagnostic! Si alors cette opération peut être secourable pour la mère, elle n'est pas moins impérieusement indiquée pour la

conservation de l'enfant. Ses bienfaits seront d'autant plus remarqués qu'on sera plus près du terme de la gestation.

On doit pratiquer cette opération en temps opportun, avant que les désordres plus ou moins profonds qu'occasionnerait l'épanchement imminent de sang ou du produit de la conception, viennent ajouter aux dangers de cette opération, et réduire les chances favorables. Comme toutes les grandes opérations, comme toutes celles qui ouvrent les grandes cavités, comme le trépan et l'empyème, la gastrotomie est certainement dangereuse; mais ce qui rend si souvent mortelles de pareilles opérations, ce sont les lésions si graves qui les nécessitent. Ces considérations ont fait penser à des chirurgiens éclairés, que peut-être ne se hâte-t-on pas assez de pratiquer ces opérations. Pour ce qui est de la gastrotomie, quand on la fait au commencement de la déchirure, on choisit le point des parois abdominales qu'on veut attaquer, tandis que, plus tard, la situation du fœtus, le siége de l'épanchement assignent une place quelquefois moins favorable pour l'opération et ses suites. Les parois abdominales étant ouvertes, on irait saisir l'enfant dans l'utérus à travers la rupture, on agrandirait celle-ci dans les cas où elle ne serait pas suffisante pour en permettre l'extraction. La matrice pouvant alors revenir sur elle-même, il y a moins de chances pour l'hémorrhagie.

« L'indication de la gastrotomie n'est cependant pas tellement rigoureuse qu'on ne puisse y apporter quelque restriction.

»—Prévenu que l'on est des dangers qui menacent, on peut encore respecter le calme trompeur qui les dissimule; mais on serait coupable si on n'était prêt à agir dès que quelque signe annonce leur explosion. On peut alors mettre ce temps à profit pour avoir recours à quelques moyens prophylactiques des accidents qui grondent.

» *Hystérotomie vaginale.* Si le col était trop incliné en arrière et en haut pour être insuffisamment accessible au toucher ou à la portée des instruments, on parviendrait jusqu'au fœtus en incisant la paroi antérieure du col ou du segment inférieur de l'utérus, laquelle bombe alors au fond du vagin. » (*Maladies de la matrice*, par F. Duparcque, t. II, p. 106.)

§ 2. Ruptures de l'utérus pendant l'accouchement.

Si dans les ruptures du corps de l'utérus que nous avons déjà étudiées, on a pu considérer la matrice comme passive dans la production de l'accident, il n'en est pas de même pendant la parturition. En effet, dans les premières solutions de continuité, on a vu l'utérus subissant les causes dilacérantes, ou bien ne leur opposant qu'une résistance empruntée aux propriétés organiques ou propriétés de tissu. Pendant l'acte de la parturition, une autre propriété est mise en jeu ou bien une de celles qui existaient est exagérée; c'est la propriété que l'utérus a de se contracter, et c'est précisément sur elle que repose tout le succès d'une fonction des plus importantes, la parturition. Cette propriété va devenir la cause des déchirures que nous avons maintenant à étudier. Ce sont donc les ruptures réellement actives dont il va être question, tandis que celles dont nous avons déjà traité peuvent être considérées comme passives. Mais remarquez bien que, pendant l'accouchement, l'utérus n'est pas à l'abri de celles-ci, c'est-à-dire, des ruptures passives; car la matrice n'est pas en contraction permanente depuis le commencement du travail jusqu'à l'expulsion complète du fœtus et de ses annexes; il y a des moments d'intermittence : pendant ces moments, la matrice se trouve dans les conditions où elle était à la fin de la grossesse; elle peut donc se rompre encore, mais alors par un autre mécanisme, sous l'influence d'une autre cause. Ainsi les manœuvres obstétricales, par la main ou par les instruments, peuvent donner lieu à une solution de continuité de la matrice.

Nous allons commencer par quelques aperçus sur les ruptures du col de l'utérus; nous étudierons ensuite d'une manière plus détaillée les ruptures du corps.

A. *Ruptures du col de l'utérus pendant l'accouchement.*

A la rigueur on peut avancer qu'il y a

toujours rupture du col dans un accouchement, c'est même cette rupture qui transforme le *col virginal* en *col non virginal*, et qui, par conséquent, établit la distinction entre la femme qui a eu des enfants et celle qui n'a pas été mère. Mais il y a loin de ces ruptures qui sont pour ainsi dire normales, à celles qui existent, par exemple, dans les cas de ruptures de la partie supérieure du vagin que nous avons déjà étudiées. Ainsi, à la rigueur, nous aurions pu nous taire ici sur les ruptures du col utérin, puisque déjà il a été question des plus importantes de ces solutions de continuité. Mais comme nous désirons ne laisser aucune lacune volontaire, nous revenons sur ces lésions du col pour indiquer au moins les variétés quelles présentent.

Le col peut être déchiré, 1° à son orifice vaginal; 2° à son orifice utérin, 3° il peut se rompre sur un ou plusieurs points; 4° la rupture ne dépassera pas le col ou atteindra le corps; 5° ou il y aura en même temps rupture d'un organe, d'un canal voisin, ou la rupture se bornera à la matrice; 6° les ruptures du col sont longitudinales ou transversales:

1° Les ruptures qui portent sur l'extrémité inférieure du col, sont celles que nous avons déjà appelées *naturelles*, car un accouchement à terme ne peut s'effectuer sans qu'il y ait une ou deux solutions de continuité de cette partie du col. Quand ces déchirures sont bornées, elles n'ont donc aucun inconvénient; au contraire, plus tôt elles s'opèrent, plus tôt arrive le dernier temps de l'accouchement, le moment de la délivrance. Le mécanisme de ces déchirures est facile à connaître.

On sait que les fibres du corps de l'utérus tendent à tirer vers le fond de cet organe les fibres du col qui ont une direction circulaire: cette traction par elle-même ne produirait pas la déchirure, si le col avait toujours la souplesse voulue, et s'il ne venait pas s'ajouter une autre cause. Cette autre cause, ce sont les parties de l'enfant qui agissent comme un coin, et qui n'agissent pas toujours avec la lenteur et la douceur qui font que les fibres cèdent au lieu de se rompre; d'ailleurs quels que soient la lenteur, ou si l'on veut les ménagements de la force dilatante, vient toujours un moment où l'extensibilité des fibres est porétée à son dernier terme; il faut donc qu'elles cèdent. On comprend qu'elles cèdent beaucoup plus promptement, quand le corps dilatant est hors de proportion avec l'orifice qu'il doit franchir. De sorte que cette première catégorie de déchirures peut être considérée comme normale, puisque toujours elle a lieu dans l'accouchement; bien entendu dans le premier accouchement.

2° Quand la déchirure a lieu à l'orifice utérin, ou que commençant à l'orifice externe elle se prolonge vers le corps de l'utérus, quand cette déchirure a ce siége, elle commence à être un accident qui peut devenir grave et même mortel.

Ainsi on trouvera dans l'ouvrage de madame Lachapelle (tome III, page 163) une observation qui prouve ce que nous avançons ici. On peut très-bien s'expliquer cet accident par la rupture d'une branche importante des artères utérines; et cette lésion de l'artère peut être assez importante pour donner la mort, et cela sans lésion du péritoine.

On comprend que quand la rupture de cette partie du col est avec solution de continuité de cette séreuse, et quand le corps a été entamé, le pronostic s'aggrave nécessairement.

3° La rupture peut être simple ou multiple. On peut voir et toucher longtemps même après l'accouchement si la rupture a été unique ou multiple. Ordinairement on constate deux échancrures latérales qui transforment le cône représenté par le col virginal en une espèce de museau avec une lèvre antérieure et une lèvre postérieure. Plus les déchirures sont prononcées, plus les lèvres sont marquées; elles représentent quelquefois de véritables lambeaux.

Quand au lieu de deux, il y a eu trois ou quatre déchirures, les lèvres elles-mêmes se trouvent divisées, et l'extrémité inférieure du col est garnie de mamelons qui sont autant de fragments du col utérin qui a été dilacéré.

A la rigueur mieux vaut un col ainsi divisé en plusieurs fragments par des déchirures multiples, mais non étendues, qu'un col qui n'a subi qu'une déchirure qui s'est prolongée à l'orifice utérin, et

qui a empiété sur le corps même de l'utérus. Nous avons déjà dit les dangers d'une pareille déchirure.

4° Nous avons déjà fait mention des ruptures qui partant du col atteignent le corps de l'utérus, et c'est surtout de ces dernières lésions atteignant primitivement le corps qu'il sera question dans la deuxième division de cet article.

5° Nous avons déjà parlé des ruptures avec division du col et du vagin, ruptures qui marchent presque toujours ensemble.

Nous devons signaler ici les ruptures du col coïncidant avec celles de la vessie, et donnant lieu à une infirmité sur laquelle nous avons très-longuement discouru. Enfin on notera la déchirure du col utérin avec la complication d'une déchirure du rectum, du périnée, etc.

Une des plus graves complications est la lésion du péritoine. On comprend que plus la déchirure s'élèvera, plus cette complication funeste sera à craindre : cependant elle n'a pas lieu dans tous les cas de ruptures de la partie supérieure du col, et même dans certains cas où le corps lui-même a été divisé. Ainsi, dans les livres où il est le plus question de l'accident qui nous occupe ici, on trouvera des articles qui traitent du passage de l'enfant *dans la cavité abdominale sans lésion du péritoine*. Des faits même semblent venir prouver l'existence de ce curieux phénomène ; la 58e observation du livre de M. Duparcque appartient à cette catégorie de faits. Nous croyons pour notre compte qu'il faudra revoir ces observations, et en attendre d'autres, pour adopter définitivement les opinions qu'on a émises sur cette partie de l'histoire des ruptures de l'utérus.

6° Une distinction utile à conserver est celle des ruptures en longitudinales et en transversales. Ces dernières sont généralement plus graves ; on le comprendra quand nous aurons dit leur mécanisme et leur siége. Ces ruptures ont lieu ordinairement quand il y a une très-forte résistance du côté de l'orifice externe de l'utérus. Que cette résistance vienne d'une induration simple ou squirrheuse du col, qu'elle soit due à une cicatrice, à des inflammations successives qui auront rétréci, oblitéré même l'orifice externe du col utérin ; quelle que soit enfin la cause de cette résistance, si elle est énergique, les efforts des fibres du corps de l'utérus se portent surtout sur le point qui sépare ce corps du col ; d'un autre côté les parois de ce col et le segment inférieur du corps de l'organe sont fortement poussés, pressés et finissent par se rompre, et la solution de continuité est oblique ou plus souvent transversale. Elle est alors plus ou moins étendue ; quand elle se prolonge beaucoup, elle peut contourner la base du col, le détacher en partie ou même en entier. C'est dans ce dernier cas qu'on a vu l'enfant violemment poussé vers le museau de tanche, lequel n'ayant pas voulu céder a été emporté par la tête qui en est restée coiffée ; le col, en effet, se détache alors sur son point de jonction avec le corps.

Nous n'étendrons pas davantage ce que nous avons à dire sur les déchirures du col de l'utérus, car tout ce qu'il y a d'important à connaître au point de vue pratique ou a été traité en parlant des ruptures du vagin, ou sera exposé dans ce qui va être dit des ruptures du corps de l'utérus.

B. *Ruptures du corps de l'utérus pendant l'accouchement.*

Causes prédisposantes. La diminution de l'épaisseur des parois utérines, le ramollissement, l'inertie, la paralysie ou l'inégalité dans la force des divers points de ces parois, certaines lésions vitales ou organiques : voilà les principales causes prédisposantes que nous avons à examiner ici.

1° La diminution dans l'épaisseur des parois utérines affaiblit la résistance organique, et la force contractile place la matrice dans la nécessité de céder sous la pression qu'exercent sur elles les parties saillantes de l'enfant pendant les contractions nécessitées par l'acte de la parturition. Le défaut d'épaisseur des parois est, comme nous l'avons déjà fait entendre plusieurs fois, une des causes les plus fréquentes, et des ruptures du vagin et des ruptures de l'utérus. Cet état d'amincissement n'a pas toujours la même origine. Ainsi il peut être originel, provenir d'une inégalité native de développement des parois utérines ; en un mot, consti-

tuer un vice de conformation. Il faut cependant noter que quelquefois l'amincissement attribué à un vice de conformation provenait de la pression d'une partie du fœtus pendant un travail laborieux ou prolongé.

2° La diminution dans la consistance des parois utérines avec état normal de leur épaisseur, ou même avec accroissement d'épaisseur des parois utérines ; ce ramollissement peut singulièrement aider les ruptures pendant l'acte de la parturition. Cet état pathologique a le plus ordinairement pour cause un état phlegmasique qui peut tenir lui-même à une cause spéciale, ou, ce qui arrive le plus fréquemment, elle a été déterminée par la pression ou autres violences exercées de la part du fœtus dont la position était vicieuse. L'inflammation dans ses débuts, au lieu de ramollir les tissus, leur donne une certaine consistance de plus qui ne les met pas, pour cela, à l'abri des ruptures, au contraire, car alors, comme le disait Dupuytren, ils sont plus friables.

La gangrène, provenant des mêmes causes, comme une certaine inflammation rend le tissu utérin plus mou, il ne faut alors qu'un léger effort pour en produire la rupture.

3° L'inertie ou la paralysie, l'inégalité de contraction des parois utérines sont favorables à la rupture pendant les contractions de ces parois. Si une partie plus ou moins étendue n'y prend pas part, elle supporte tout le poids de la pression du fœtus, et cède en se rompant. Cette non contraction d'une partie de l'utérus dépend de ce que chez quelques femmes cet organe n'est pas également organisé et contractile dans toute son étendue. Quelquefois c'est la pression exercée par quelque partie de l'enfant vicieusement placé, qui en empêchant la participation des points sur lesquels porte cette pression, est la cause de la rupture.

4° Les altérations organiques donnent quelquefois plus d'épaisseur et de consistance au tissu de la matrice, mais en le privant de la faculté par laquelle cet organe entre en contraction.

« Il semblerait que les altérations qui augmentent la résistance organique des parois utérines devraient préserver de rupture les régions qui en sont affectées ; quelques faits cependant prouvent que ces dispositions pathologiques, loin d'agir comme causes préservatrices, prédisposent au contraire aux ruptures, et que c'est vers elles, plutôt que dans les autres points plus minces des parois de la matrice, qu'ont eu lieu les accidents ; et en réfléchissant, on s'explique comment il peut en être ainsi. En effet, la résistance qu'oppose la partie altérée est toute passive. Quelle que soit son intensité, elle a des bornes ; elle est limitée, invariable. Qu'est-ce, en comparaison de la puissance active, incommensurable des contractions de tout le reste de l'utérus, dont l'action, aidée des contractions des parois abdominales, pèse pour ainsi dire de toute sa force sur la partie qui ne peut participer à cette action générale ? C'est la force d'inertie cédant à une force active. » (Duparcque, *Mal. de la matrice*, t. II, p. 130.)

Nous avons déjà expliqué ailleurs comment les déviations, les obliquités de la matrice, en changeant la direction des forces expultrices, et les dirigeant vers un point plus ou moins éloigné de l'axe du bassin, la résultante de ces forces n'étant pas au col, le point où elles se portent est dans un état de distension qui l'empêche de participer à la contraction générale. Ce point supporte donc passivement tout l'effort et se rompt. C'est ce qui a lieu dans certains cas de vices de conformation, dans celui, par exemple, d'utérus double, comme le prouve l'exemple que nous avons rapporté d'après Dionis. Les forces, les efforts d'expulsion s'épuisant contre les voies naturelles alors déviées, réagirent sur un point plus ou moins opposé, et produisirent l'accident dont il est question.

Causes déterminantes. A la rigueur, on ne devrait citer ici qu'une cause déterminante, puisqu'il s'agit des ruptures actives ; cette cause, c'est la contraction utérine destinée à l'expulsion du fœtus. Mais, si ce fœtus ne peut pas plus être considéré ici que dans le cas de rupture dans l'état de grossesse, s'il ne peut pas être envisagé comme cause déterminante, on peut lui attribuer un rôle ; il peut, en effet, aider singulièrement les contrac-

tions utérines dans leurs effets les plus funestes. Le fœtus peut, par ses mouvements, favoriser la production de la rupture, ou bien il occasionnera le même accident par la résistance qu'il oppose aux contractions utérines.

Dans les deux cas, les parois de l'utérus se trouvent comprimées par lui et dans des dispositions favorables à l'accident en question.

Maintenant commençons par étudier les effets des mouvements de l'enfant; nous nous occuperons ensuite des effets dus à la résistance produite par la masse inerte qu'il représente, quand il ne se meut pas.

Ici se reproduit nécessairement une hypothèse déjà combattue par nous avec les arguments d'un esprit sage et juste (Murat). Cette fois nous nous servirons des arguments de M. Duparcque.

1° On a dit qu'en se roidissant, en se redressant brusquement, l'enfant pouvait frapper avec assez de violence de ses pieds contre le fond de la matrice pour la percer. Mais si ce mouvement est opéré pendant l'état de repos ou de relâchement des parois utérines, la souplesse et l'extensibilité dont elles jouissent leur donneront toute facilité et toute latitude pour céder à cette violence en fuyant, en se distendant, enfin en se déplaçant.

« Ce mouvement a-t-il lieu pendant les contractions utérines? La puissance extraordinaire de résistance qu'elles présentent alors aurait besoin, pour être vaincue, d'une violence bien autrement forte que celle qui peut résulter d'un mouvement, même convulsif, du fœtus. Et puis, comme l'ont fort bien objecté ceux qui n'ont pas adopté cette opinion sur l'influence de l'enfant, il est impossible que celui-ci puisse exécuter des mouvements bien étendus pendant les contractions utérines, enchaîné qu'il est alors par les parois qui l'embrassent, le serrent et l'étreignent de toutes parts. Nous nous rangeons donc volontiers, contre l'opinion de Levret et de M. Egge (1), au sentiment de Rœderer, de M. Deneux, etc., qui regardent les mouvements violents que l'enfant a présentés dans quelques cas de rupture, comme un résultat et non comme la cause de cet événement. Et, en effet, quand la mort de cet être suit de près la rupture, soit qu'il reste dans la cavité utérine ou qu'il soit chassé dans l'abdomen, des mouvements convulsifs précèdent ordinairement de quelques instants cette terminaison funeste.

» Toutefois, si dans l'état d'intégrité des parois utérines, les mouvements de l'enfant ne sont pas capables d'en provoquer la rupture, il peut n'en être pas tout à fait de même, lorsque cet organe présente quelqu'une des altérations prédisposantes de cet accident. Il se peut donc que dans les cas où on a cru que les mouvements de l'enfant avaient occasionné la rupture, cette cause ait pu y contribuer, si les parois de l'utérus étaient affectées, amincies ou ramollies, par exemple; mais comme on a négligé de relater, dans ces observations, l'etat dans lequel était le point de la rupture, elles laisseront toujours au moins du doute dans l'esprit sur la nature des causes qui les ont déterminées. »

2° Voici des faits remarquables d'amincissement des parois abdominales qui font supposer l'influence de l'enfant sur la production de la rupture. Ces observations prouvent, en effet, que c'est sur les points où portaient les parties les plus saillantes de l'enfant qu'ont eu lieu l'amincissement et la crevasse de la matrice.

Obs. 1. Une femme arrivée au terme de sa onzième grossesse, après avoir eu des douleurs assez lentes pendant quatre heures, en ressentit une fort vive au côté gauche. Le pouls s'affaiblit, les douleurs cessèrent, il survint des syncopes, et la mort arriva au bout de deux heures. La gastrotomie pratiquée, on trouva un épanchement considérable de sang dans l'abdomen, et les extrémités inférieures de l'enfant passées à travers une crevasse située à la partie postérieure et inférieure gauche de l'utérus. Là les parois de cet organe n'avaient d'épaisseur que celle qu'auraient eue deux ou trois feuilles de papier appliquées l'une sur l'autre.

Obs. 2. Le docteur Just. Fréd. Ling fait mention d'une matrice dont le fond était extrêmement épais, tandis que le côté droit, très-mince, était percé par les pieds de l'enfant.

(1) Bibliothèque médicale, 1829, t. I, p. 94.

A ces observations on joindra le fait remarquable rapporté par Camper, d'une matrice qui était si mince, dit-il, qu'elle fut percée par les pieds de l'enfant.

Quand l'enfant est cause passive, on attribue l'accident à son incompressibilité. « Pendant les contractions de l'utérus, les régions saillantes de cet enfant pressent contre les points correspondants des parois utérines, en proportion de la force de ces contractions et des obstacles que le fœtus éprouve lui-même à obéir, par sa réduction ou son déplacement.

» Les régions utérines ainsi pressées ne peuvent se contracter comme le reste de l'organe; ou bien, si le travail dure longtemps, elles se trouvent irritées, frappées d'inflammation, de sphacèle. Elles n'offrent dans tous les cas qu'une résistance toute passive; et se trouvant soumises à la double action de pression directe et de traction excentrique, elles se rompent.

» Ce résultat peut être aussi favorisé par l'existence de l'une des altérations qui constituent les causes prédisposantes.

» Comme le plus ordinairement la position de l'enfant est telle que son plus grand diamètre est vertical, de manière que son extrémité pelvienne formant la partie la plus culminante correspond au fond de l'utérus; c'est aussi le plus souvent celui-ci qui vient se briser contre le fœtus; par la même raison, c'est presque toujours les pieds qui s'échappent les premiers, et quelquefois seuls à travers la crevasse. Un grand nombre d'exemples présentent cette double circonstance. » (Duparcque, t. II.)

Voici, pour terminer ce qui a rapport à l'étiologie, les conclusions du même auteur : 1° Les ruptures propres au travail de l'accouchement reconnaissent pour cause déterminante les contractions de l'utérus;

2° Ces contractions ne peuvent déterminer la rupture tant que les parois utérines sont dans leur état naturel sous le rapport de leur organisation, des dispositions anatomiques et de leur faculté contractile; en un mot, tant que tous les points de ces parois prennent également part à ces contractions;

3° L'altération organique, physiologique ou pathologique de l'un des points des parois utérines est donc une condition essentielle à la production de ces ruptures, quelles que soient et la violence des contractions et la nature des obstacles qui s'opposent à leur but, c'est-à-dire, l'expulsion du produit de la conception;

4° Ces altérations prédisposantes agissent en diminuant ou détruisant soit la résistance organique, comme le ramollissement, l'amincissement, soit la faculté contractile, comme l'inflammation, la gangrène, l'induration ou le squirrhe;

5° Plusieurs circonstances que l'on a regardées comme causes déterminantes, telles que la position vicieuse du fœtus, son volume trop considérable, ses mouvements violents, n'ont d'autre influence sur la production des ruptures que de déterminer des altérations prédisposantes, et notamment l'inflammation et la gangrène. Ou bien ces causes n'agissent comme déterminantes plus ou moins directes que lorsqu'il existe des prédispositions, soit qu'elles les aient elles-mêmes produites préalablement, soit qu'elles dépendent d'autres et plus anciennes causes;

6° Lors même qu'il existe des altérations prédisposantes, les contractions de l'utérus ne peuvent en général déterminer de rupture que quand les eaux sont écoulées;

7° Enfin l'insuffisance de la plupart de ces causes prédisposantes et déterminantes, la nécessité que plusieurs concourent simultanément pour qu'il en résulte une rupture du corps de l'utérus pendant et par le travail de l'enfantement, la nécessité de toutes ces conditions, dis-je, explique pourquoi cet accident est très-rare en proportion du grand nombre d'accouchements laborieux qui paraissent présenter les circonstances les plus favorables à sa production.

Accidents produits par les ruptures du corps de l'utérus. Ces accidents, comme on le pense bien, sont analogues à ceux produits par les ruptures de l'utérus pendant la grossesse; à ceux qui surviennent dans les cas de ruptures du vagin pendant l'accouchement. Ainsi nous avons déjà parlé 1° du passage de l'œuf dans l'abdomen; 2° du passage des viscères de l'abdomen dans la matrice; 3° de

l'hémorrhagie et de ses effets. Tous ces accidents ont surtout été examinés avec détail en parlant des ruptures de la matrice pendant la grossesse.

Ici ils sont beaucoup plus prononcés, le diagnostic en est donc plus facile. Nous reviendrons sur deux de ces accidents; sur le passage des intestins dans la matrice et sur le passage de l'œuf dans l'abdomen.

A. *Passage des intestins dans la matrice.*

Quant à cet accident, il est des données relatives au diagnostic et au traitement qu'il faut savoir reproduire, parce qu'elles sont d'une grande importance. En effet, on verra par les faits que nous avons cités que toutes les fois qu'un accouchement aura présenté quelque chose d'insolite, quand surtout le moindre soupçon de rupture de la matrice pourra naître, on devra, avec la main, examiner la matrice, parcourir son intérieur avec les doigts, afin de constater la rupture et surtout une complication grave de cette rupture avec la hernie intestinale. En effet, le passage d'une partie du tube intestinal est un signe univoque de la rupture de la matrice, et si on constate de bonne heure la présence de l'intestin dans la matrice, si on se hâte de le réduire, la matrice revenant sur elle-même rétrécit, ferme même la solution de continuité, ou bien la déchirure change au moins les rapports avec le tube intestinal, et non-seulement on ne craint plus la chute de l'intestin, mais on peut espérer la guérison de la malade.

Voici deux observations confirmatives de ce que nous venons d'avancer; en même temps qu'elles prouveront les principes déjà émis, elles seront des arguments en faveur de ceux qui ont avancé que la rupture de la matrice, même pendant l'accouchement, n'est pas toujours un accident mortel. Il faudra donc se rappeler ces faits quand on voudra établir le pronostic.

Rungius après avoir accouché une femme par la voie ordinaire, toucha très-distinctement les intestins à travers l'ouverture du fond de la matrice; ce chirurgien repoussa les intestins, et tint la main dans la cavité utérine jusqu'à ce que cet organe se fût assez contracté, et la déchirure assez rétrécie pour empêcher qu'ils ne s'en dégageassent de nouveau. La femme se rétablit parfaitement. (*Inst. chirurg.* pars secunda, p. 728.)

En portant la main dans la matrice pour détacher le placenta, Toutain Beauregard reconnut une rupture de ce viscère, et comprit qu'une grande portion d'intestin avait pénétré dans sa cavité. Après l'avoir fait rentrer dans l'abdomen, la matrice se contracta, et la perte, qui avait déterminé l'accoucheur à opérer la délivrance, n'eut aucune suite. La femme survécut un mois à la rupture. Il est même probable qu'elle eût pu être entièrement sauvée, si on l'avait soignée convenablement. (*Ancien Journ. de Méd.*, t. LXXXIX, p. 68.)

La réussite complète dans le premier cas, la réussite incomplète dans le second cas et qui aurait été un entier succès, si, comme on l'a noté, des soins consécutifs et bien entendus avaient été prodigués à la femme, ces deux faits enfin font ressortir les avantages de l'exploration de la matrice quand l'accouchement a été laborieux. Ces faits encore prouvent, comme nous l'avons déjà dit, que le pronostic des ruptures de l'utérus ne doit pas être empreint d'un fatalisme trop absolu. Le fait suivant, dans lequel on verra une issue tout à fait contraire à celle de la première rupture citée, fait encore mieux ressortir la nécessité d'explorer l'intérieur de la matrice, et de réduire les intestins qui ont pénétré dans sa cavité par la rupture de ses parois. En effet l'autopsie prouve, suivant nous, que chez la femme dont parle Percy le père, il y a eu rupture de la matrice, passage des intestins dans la cavité de cet organe et étranglement de ces intestins par la matrice revenue sur elle-même.

« Une femme parvenue au terme de sa sixième grossesse en cinq années de mariage, s'est mise au lit après un dîner de famille dans lequel elle avait beaucoup ri et mangé. Elle dormit d'abord tranquillement, et fut éveillée au bout de quelques heures par des crampes, des douleurs atroces dans le bas-ventre et les lombes, accompagnées de vomissements. Elle appela aussitôt M. Percy le père, son parent; mais il ne put parvenir à la soulager. Vers les six heures du matin, les eaux de l'amnios s'évacuèrent. La matrice se con-

tractait avec violence sur le corps de l'enfant, sans que pour cela l'orifice en devînt plus mince et plus dilaté. Longtemps après, madame Percy, qui était restée auprès de la malade, aperçut qu'un des bras de l'enfant était sorti, engagé jusqu'à l'épaule, et tellement serré dans l'orifice, qu'il paraissait comme étranglé, ce qui l'engagea à rappeler son mari. Ce fut en vain, à son retour, qu'il chercha le bras qu'on lui avait annoncé : il n'était plus dans le vagin, et il ne put même le retrouver en portant la main dans l'utérus pour terminer l'accouchement : ce qu'il était urgent de faire, car la matrice s'était déchirée, et l'enfant allait en sortir et pénétrer dans l'abdomen. L'accouchement fut terminé en peu de temps ; mais au lieu de la tranquillité qui semblait devoir le suivre, les accidents continuèrent et parvinrent même à un plus haut degré d'intensité qu'auparavant. Plusieurs médecins furent appelés ; on eut recours aux saignées, aux mixtures, aux potions, aux opiatiques, et rien ne procura de soulagement. La matière des vomissements était alors d'une odeur infecte, comme dans une hernie étranglée et menacée de gangrène. La malade mourut vingt-deux ou vingt-trois heures après le début des premières douleurs, et fut ouverte le jour suivant.

» Tous les viscères abdominaux étaient dans un état de gangrène et de pourriture très-avancée. Deux circonvolutions d'intestins s'étaient insinuées dans la matrice par une rupture qui se trouvait à sa partie postérieure, supérieure et latérale gauche, à un travers de doigt de la trompe ; elles formaient, dans la cavité de ce viscère, une tumeur dans laquelle on ne reconnaissait aucune partie. Le sang, les excréments, les tuniques des intestins, et peut-être quelques restes de l'arrière-faix avaient été confondus par la gangrène. Avant de fendre la matrice, on essaya d'en retirer les anses intestinales ; mais elles se déchirèrent et laissèrent apercevoir quatre orifices assez distincts. La matrice contractée sur elle-même, égalait encore en volume la forme d'un chapeau ordinaire. Elle était allongée à l'endroit de la rupture, comme si elle s'était avancée au devant des intestins, qui s'y étaient incarcérés et étranglés de la manière la plus étroite. Cette rupture, qui devait avoir été très-large avant la contraction de l'utérus, était au plus d'un diamètre propre à admettre le doigt au moment de l'ouverture. » (Voyez la thèse de M. Deneux, page 53.)

B. *Passage de l'œuf dans l'abdomen.*

L'œuf, c'est-à-dire le fœtus et ses annexes, le tout peut passer dans l'abdomen par la rupture de l'utérus ; quelquefois ce n'est qu'une partie de l'œuf, l'autre reste dans l'utérus, et, de cette partie restée dans l'utérus, une appendice peut faire saillie dans le vagin. L'abdomen, la matrice et le vagin peuvent donc loger, en même temps, chacun une partie de l'œuf. Le plus souvent ce sont les membres et les membres inférieurs qu'on rencontre dans l'abdomen, quand il ne s'y trouve qu'une partie de l'œuf; la tête alors peut être encore contenue dans la matrice, quand c'est dans les premiers temps de l'accouchement qu'a eu lieu la rupture. Si, au contraire, c'est à une période avancée de l'accouchement, la tête peut être engagée dans le petit bassin, être parvenue dans le vagin où elle est retenue, et cependant les pieds sont dans le ventre. Comme la tête peut alors être étranglée par le col de l'utérus, c'est-à-dire par l'ouverture normale, cette même partie peut être étranglée par les bords de l'ouverture anormale de la déchirure.

Le placenta peut être entièrement sorti par les voies naturelles, tandis que le reste de l'œuf est passé dans l'abdomen par la voie anormale, par la déchirure.

Enfin tout l'œuf peut entièrement rester et complétement entrer dans la matrice malgré une grande rupture En effet une partie à large surface du fœtus peut se présenter à la déchirure qu'elle ne peut franchir soit à cause de la trop grande disproportion qui existe entre cette partie de l'œuf et les diamètres de la déchirure, soit parce que les contractions de l'utérus ayant cessé, l'œuf n'a pu être chassé ni par la voie normale, ni par la déchirure. Il n'en est pas de même quand la rupture est due à une violence extérieure, à une très-forte pression de l'abdomen, pression qui se continue un peu alors ; en effet, la même force qui a produit la rupture, en

continuant d'agir, tend à rapprocher les parois de l'utérus, à diminuer sa capacité, à agir enfin comme une violente contraction, ce qui chasse le fœtus dans l'abdomen. Nous avons déjà dit qu'il pouvait être chassé en entier dans cette cavité.

Diagnostic. Nous n'avons que quelques mots à ajouter ou pour mieux dire à répéter pour établir le diagnostic, car, dans l'article précédent, les signes de la rupture de la matrice ont été exposés et étudiés. Nous ferons remarquer qu'ici on les trouve plus tranchés encore, ce qui facilite singulièrement le diagnostic : en effet, ayant déjà établi que plus on s'éloigne du commencement de la grossesse, plus on a de facilité pour établir les signes de la rupture de la matrice, on conçoit qu'au moment de l'accouchement, le diagnostic soit facile. Parmi ces signes, on doit noter une douleur aiguë, déchirante, éclatant tout d'un coup dans un point fixe des parois de la matrice. Le bruit de la déchirure pourrait être entendu, non-seulement par la femme, mais par les assistants. Nous avons déjà dit ce que nous pensions de cette exagération. La femme a la sensation qu'elle éprouverait si un corps lourd tombait sur son ventre; il y a aussi sensation incommode dans la région abdominale. Après ces phénomènes, apparaissent les symptômes dus au trouble de l'innervation, tels que : pâleur, lipothymies, hoquet, vomissement.

Il y a aussi un sentiment d'engourdissement dans l'abdomen, qui est lui-même suivi d'une douce chaleur occupant cette région : en général, la douleur de la déchirure et les autres phénomènes que nous avons indiqués semblent faire taire les douleurs de la parturition.

Le globe utérin peut présenter quelques inégalités; le fœtus, en tombant dans l'abdomen, en augmente le volume, en change surtout la forme, il y a sur divers points des bosselures, des inégalités qui font perdre à l'abdomen sa sphéricité normale. On peut en imprimant de légers mouvements à la tumeur lui faire éprouver quelques changements et la promener pour ainsi dire dans la cavité abdominale. Ces mouvements seront très-appréciables à la mère, et on les éprouvera plus forts dans des points du ventre où elle n'avait pas coutume de les sentir.

Même, après les ruptures pendant l'accouchement, ces symptômes sont loin d'être constants, et quoiqu'ici le diagnostic soit plus facile que dans les cas de rupture pendant la grossesse, cependant il peut encore y avoir de l'incertitude. Ainsi les femmes peuvent rester dans un état apparent de calme et de tranquillité et périr subitement d'une déchirure de la matrice, sans qu'aucun symptôme un peu caractéristique se soit manifesté. Delamotte et Barton ajoutent « que la plupart des femmes qui meurent pendant le travail de l'enfantement, non délivrées, sans qu'il se manifeste aucune perte remarquable, et quand la tête ne bloque pas pour ainsi dire l'orifice de la matrice, succombent à la rupture de cet organe. » (Delamotte, t. II ; Barton, p. 11.)

Traitement. Ce que nous avons dit du traitement des ruptures de l'utérus pendant la grossesse, est applicable, en très-grande partie, au traitement des ruptures dont il est question maintenant. Ainsi nous ne répéterons pas ici ce que nous avons dit sur le traitement médical. Pour ce qui est du traitement chirurgical, nous avons à revenir sur certains points déjà traités, à entamer une question nouvelle ; nous avons enfin à apporter des faits qui confirment ce qu'on peut dire de favorable à la gastrotomie. Ici mieux et plutôt que dans les cas de ruptures pendant la grossesse, la médecine opératoire est applicable, car le diagnostic est beaucoup moins obscur et les indications beaucoup plus pressantes. En effet, c'est un accouchement qu'il faut absolument terminer, et terminer avec le plus de promptitude possible. C'est l'œuf, le corps étranger, qu'il faut extraire ou par la voie naturelle ou par une voie artificielle.

Quand on le peut, on préferera extraire l'œuf par la voie naturelle. Ainsi, s'il y a un commencement de dilatation du col, on devra l'augmenter afin de pouvoir introduire la main dans la matrice et saisir l'enfant. Si le col résiste, soit parce que sa dilatation n'est pas suffisamment avancée, soit par une cause morbide qui aurait enduré les tissus qui le composent, on devra, au lieu d'employer la di-

latation forcée comme le conseillerait le célèbre chirurgien de Lausanne, on devra employer le débridement multiple dont nous avons si souvent parlé et dont M. Duparcque fait le plus grand cas, tout en oubliant de citer à qui il doit les préceptes qui ont été formulés sur cette opération.

Il est bien entendu que si des difficultés se présentent encore, comme on ne peut compter sur les contrations de la matrice, qui d'ailleurs pourraient alors être dangereuses, on devra faire la version ou appliquer le forceps le plus promptement possible. Ce dernier parti est toujours le plus convenable quand il s'agit d'une présentation de la tête.

Les opérations à pratiquer ne sont pas bornées à des actions sur la matrice; on agit aussi sur l'enfant et on doit le faire avec promptitude, quand on peut penser que c'est lui qui a été la principale cause de la rupture ou qu'il constitue la principipale difficulté à la terminaison prompte de l'accouchement. Ainsi l'enfant peut, par son trop grand volume, par une maladie, par un vice de conformation, l'enfant peut devenir la cause de la rupture de la matrice, en l'obligeant à des efforts inouïs; il peut ensuite créer le principal obstacle à la terminaison de l'accouchement artificiel nécessité par la rupture utérine. Eh bien! dans ces cas, on devra agir sur lui. On devra le faire sans balancer si on a la certitude de sa mort. Si cette certitude n'est pas acquise par le praticien qui peut cependant constater une difformité, une maladie qui implique une mort plus ou moins prochaine; enfin, si l'enfant quoique vivant n'est pas viable, on est autorisé à pratiquer sur lui des opérations qui facilitent son extraction. Ainsi on ponctionnera la tête, l'abdomen dans des cas d'hydropisie de ces cavités; on agira avec le céphalotribe, ou avec l'instrument, l'espèce de ciseau de Dugès dans les cas où on sera réduit à la triste nécessité de morceler l'enfant.

Mais de pareilles opérations ne peuvent être tentées que quand l'enfant est encore contenu dans la matrice, car on ne se détermine à opérer alors que pour sauver la mère; or si on voulait agir sur l'enfant quand déjà il est dans la cavité même de l'abdomen et en contact immédiat avec les viscères, on ne manquerait pas de blesser, de contondre ou d'irriter assez ces organes pour donner lieu à des accidents d'une péritonite étendue, accidents qui sont presque toujours mortels. Ceci nous conduit à toucher à une des plus grandes difficultés pratiques.

Quand l'enfant est parvenu dans l'abdomen après avoir franchi l'ouverture anormale de la matrice, doit-on encore chercher à l'extraire par la voie naturelle? Il faut, pour répondre d'une manière un peu satisfaisante pour les praticiens, distinguer les cas où l'enfant n'est qu'en partie contenu dans l'abdomen, des cas où il y est entièrement, des cas enfin où l'utérus est complétement vide. Quand une partie de l'enfant est encore contenue dans cet organe, on cherchera à le ramener en entier dans son domicile primitif pour le déloger ensuite complétement en lui faisant suivre la voie normale. Cette pratique sera plus ou moins difficile selon le siége de la rupture, selon l'état du col. Ainsi si la rupture de l'utérus attaque le corps et que le col ne soit pas encore dilaté, les difficultés seront grandes, et ces manœuvres, si on veut les faire convenablement, ces manœuvres demanderont plus ou moins de temps, et on sait qu'ici il n'y a pas de temps à perdre. Si au contraire la rupture porte sur le col utérin ou empiète sur la partie supérieure du vagin, l'extraction de l'enfant par les voies naturelles est mieux indiquée parce qu'elle est peut-être plus réalisable, plus facile, plus prompte.

Quand l'enfant est, comme on le dit, *complétement tombé dans la cavité abdominale*, il y a dissidence parmi les accoucheurs. Ainsi Rœderer, Simon Douglas, M. Deneux pensent qu'il faut encore tenter l'accouchement par les voies naturelles. La main pénétrerait dans la matrice, passerait de là dans l'abdomen en franchissant l'ouverture produite par la rupture. D'autres praticiens non moins considérables par leur nom, leur talent, sont pour que l'on pratique la gastrotomie dans les cas où l'enfant est complétement passé de la matrice dans la cavité abdominale. Ici encore on distinguera les cas, selon le siége de la rupture et selon les circonstances qui ont concouru à la pro-

duction de cette solution de continuité. Ainsi, si le corps de l'utérus est le siége de la rupture, la manœuvre sera plus difficile, plus longue, et par cela même moins admissible. Si, au contraire, c'est le col ou le segment inférieur de la matrice, il y aura plus de facilité pour la manœuvre qui sera par conséquent mieux indiquée; car ici la facilité, la promptitude dans l'exécution corroborent l'indication opératoire.

Quant aux circonstances qui ont pu contribuer à la production de la rupture et qui pourraient faire préférer la gastrotomie à l'accouchement par les voies naturelles, ce sont : le volume trop considérable de l'enfant, la constriction squirrheuse du col utérin, le retrait de la matrice, le rétrécissement consécutif de la crevasse et l'étroitesse extrême des détroits du bassin. Il est évident que de pareilles difficultés apportées à l'accouchement par les voies naturelles doivent faire préférer la gastrotomie. L'absolu étant l'ennemi le plus déclaré de la pratique, nous nous permettrons de distinguer encore. Ainsi, à la rigueur, il est des cas où on peut se trouver dans l'obligation d'adopter pour le même accouchement, pour l'extraction du même enfant, le procédé naturel et la gastrotomie. Il peut arriver, disons mieux, il est arrivé que le corps de l'enfant est resté dans la matrice tandis que la tête est passée dans l'abdomen. Eh bien, l'extraction complète de l'enfant *entier* par les voies naturelles est impossible, et par la gastrotomie cette extraction de l'enfant *entier* serait trop dangereuse. On peut, selon nous, combiner alors les deux procédés (il est bien entendu que l'enfant est mort). On peut, par la gastrotomie, arriver à la tête et, si elle est étranglée par les lèvres de la solution de continuité, il vaut mieux alors agir sur l'enfant que sur la matrice: il vaut mieux le décapiter que de débrider l'ouverture accidentelle de la matrice. Une fois la tête enlevée on peut, avec la main, pénétrer dans la matrice par le vagin et extraire le reste de l'enfant par le procédé que nous appellerons ici naturel. Il est bien entendu qu'on aura constaté d'avance que le col est dilatable ou dilaté et que du côté du petit bassin il n'y a pas d'obstacle sérieux au passage de l'enfant.

Revenons maintenant à la gastrotomie. Cette opération compte un certain nombre de succès. Ainsi on en trouvera des exemples dans vol. I, *Trans. of Island;* dans vol. IV, *Med. Repert. new ser.;* dans vol. XII, *Trans. of London.* Voici des observations détaillées qui prouveront d'une manière irrécusable les avantages qu'on peut obtenir de cette opération. Nous recommandons particulièrement aux lecteurs la deuxième observation. On verra qu'une femme a éprouvé deux fois une rupture de la matrice, que deux fois la gastrotomie a été faite avec succès et qu'un troisième accouchement s'est terminé naturellement.

Obs. 1. Rupture du corps de la matrice. Chute de l'enfant et du placenta dans la cavité abdominale. Le 4 octobre 1767, la femme d'un notaire du Mans, parvenue au terme de sa grossesse, perdit ses eaux. Thibault trouva l'orifice de la matrice à peine entr'ouvert; les douleurs ne commencèrent que dans la nuit suivante : vers les cinq heures du matin, on sentit que la tête de l'enfant se présentait. Sur les deux heures de l'après-midi, tout annonçait une prochaine et prompte délivrance. Vers les deux heures et demie, la femme se plaignit d'une douleur singulièrement aiguë, mais passagère, vers la partie supérieure et latérale gauche du ventre, après laquelle Thibault ne put trouver ni l'enfant ni le placenta dans la matrice. Il jugea dès lors qu'ils étaient tombés dans le ventre : il prévint la femme de cet accident et de la nécessité de se soumettre à la gastrotomie, opération qu'il pratiqua peu de temps après en présence de quatre de ses confrères. Il fit une incision du côté où la douleur aiguë s'était manifestée, et découvrit aussitôt la tête de l'enfant, dont le corps était couché transversalement sur les intestins, les pieds répondant au côté droit. Un des consultants en fit l'extraction ainsi que du placenta et du sang épanché, pendant que Thibault écartait avec ménagement les lèvres de la plaie et s'opposait à l'issue des intestins. On pratiqua trois points de suture, en réservant au bas de la plaie une issue convenable aux fluides qui pourraient encore s'épancher, et on ap-

pliqua l'appareil ordinaire. L'enfant était mort, et le cordon formait trois tours sur son cou. Si on eût pu opérer la gastrotomie aussitôt qu'on s'est aperçu de l'événement, au lieu d'attendre la convocation et la réunion des autres médecins et chirurgiens de la ville, peut-être l'aurait-on eu vivant.

Le lendemain l'appareil fut levé : il était rempli de sang; on réduisit une portion d'intestin qui s'était échappée entre le second point de suture et l'inférieur; on en fit un quatrième dans l'intervalle de ceux-ci, on lia l'épiploon, qui s'était échappé par l'angle inférieur de la plaie, et on couvrit celle-ci d'un plumasseau chargé de baume d'Arcæus; le tout fut soutenu par des compresses et un bandage convenable.

Point de fièvre alors, mais vomissements fréquents, ventre fort tuméfié et douloureux Aucune évacuation ne s'était faite par le vagin, et les urines seules coulaient abondamment. Deux lavements sont administrés : la nuit suivante, évacuation. Les vomissements dès lors disparaissent.

Le quatrième jour, il y eut un peu de fièvre. Il parut au bas de l'hypochondre droit une tumeur considérable et douloureuse, qui diminua les jours suivants que les selles augmentèrent. La plaie était en bon état, et la suppuration commençait à s'établir. Le sang cessa de couler par cette voie, le septième jour. Des lochies abondantes, tantôt roussâtres et tantôt jaunâtres, parurent par le vagin, et les seins se tuméfièrent. La portion d'épiploon qu'on avait liée tomba le septième jour, et il y eut un peu de fièvre dans la soirée et le jour suivant, sans que l'état de la plaie en fût altéré en aucune manière. Celle-ci commença à se cicatriser dès le neuvième jour, et on coupa les points de suture le quatorzième; enfin la guérison fut complète le trentième. (*Ancien Journ. de Méd.*, année 1768.)

Obs. 2. *Gastrotomie opérée avec succès deux fois sur la même femme, à l'occasion de ruptures utérines.* La femme de Charles Dumont, vigneron à Saint-Jean-de-la-Rue le, près d'Orléans, âgée de trente et un ans environ, d'une forte constitution, et à terme de son quatrième enfant, ressentit les plus vives douleurs pour accoucher, le 8 août 1778, depuis le commencement du jour jusque vers les huit heures du soir; mais, à cette époque, elles cessèrent immédiatement après qu'elle en eut éprouvé une dernière dont la force lui arracha un cri qui effraya les personnes qui l'entouraient, et la plongea dans une syncope. La sage-femme non moins étonnée, voyant le sang couler, introduisit la main dans la matrice, et fut bien plus surprise encore de n'y plus trouver l'enfant. La femme ayant cessé de souffrir, on attendit jusqu'au lendemain onze heures, et voyant que les syncopes devenaient plus fréquentes, que le pouls était convulsif, et que les extrémités se refroidissaient, on eut recours à M. Lambron, professeur et démonstrateur aux écoles de chirurgie d'Orléans. Il introduisit la main dans la matrice, et reconnut que l'enfant n'y était plus, et était passé dans le bas-ventre. Il remarqua aussi que la saillie du sacrum rétrécissait l'entrée du bassin. Il proposa la gastrotomie; mais on voulut avoir l'avis de M. Theiseneau, chirurgien d'Orléans, et l'opération ne fut pratiquée que sur les deux heures de l'après-midi, environ dix-sept heures après la rupture.

Le lendemain de l'opération, l'appareil paraissant très-serré, ce qui fit craindre que les matières ne fussent retenues dans le ventre par la trop grande approximation des bords de la plaie, on coupa le point de suture inférieur pour leur donner issue; mais il n'en sortit environ qu'une cuillerée. Le deuxième et le troisième jour n'offrirent rien de remarquable. Aucun écoulement ne se faisant par la plaie, on supprima la bandelette effilée. Le quatrième, les lochies commencèrent à paraître; elles étaient noirâtres et d'une odeur désagréable; la malade n'ayant pas encore été à la garde-robe, on lui administra un lavement qui produisit l'effet qu'on en attendait. Le cinquième, la tuméfaction et la sensibilité du ventre déterminèrent à couper les deux autres points de suture. On ne mit sur la plaie, qui était alors très-sèche, que de la charpie, des compresses, et une flanelle trempée dans une décoction émolliente. Le sixième jour, l'appareil

était chargé d'une grande quantité de pus sanieux et fétide. Les bords de la plaie des téguments étaient écartés de trois travers de doigt ; le tissu cellulaire des environs était comme gangrené, tandis que les parties charnues paraissaient bien réunies. On fit des fomentations avec une décoction de persicane dans du vin blanc, qu'on anima d'un peu d'esprit de vin camphré. Le douzième jour, la plaie était belle et vermeille. Les lochies étant putrides et de mauvaise odeur, on fit des lotions dans le vagin avec la même décoction. Jusqu'au vingt-septième jour les lochies se montrèrent plus abondantes et de meilleure qualité. Le ventre se détendit, et cessa d'être douloureux ; le sommeil et l'appétit revinrent. La malade semblait enfin toucher au terme de sa guérison ; mais dès le 28, ces heureuses dispositions disparurent, et de nouveaux accidents s'annoncèrent avec plus de danger que les premiers. De vives douleurs se firent sentir dans toute la région hypogastrique. Le 29, on y découvrit une tumeur de la grosseur du poing, qui s'ouvrit spontanément quatre jours après, et qui rendit abondamment un pus sanguinolent de mauvaise odeur. Une escarre gangréneuse parut au même endroit. L'ulcère qui succéda à sa chute, pansé avec de la charpie sèche, fut parfaitement cicatrisé dans l'espace de quinze jours.

Pendant le traitement de cet ulcère, la malade rendit plusieurs vers strongles vivants par la bouche et le fondement. Il en sortit également dix-huit du foyer de l'abcès, et huit par le vagin. Malgré cet accident, la femme se rétablit au point qu'elle put se livrer aux travaux de la campagne au bout de six semaines, à compter du moment de l'opération.

Les mamelles, qui ne s'étaient pas tuméfiées dans le cours du premier mois, s'engorgèrent ensuite de lait.

Cette femme redevint enceinte. Le 30 décembre 1779, elle fit appeler M. Lambron. Elle n'avait alors que de faibles douleurs, mais les eaux s'écoulaient. A dix heures du matin, orifice de la matrice entr'ouvert, la tête de l'enfant se présente. Les douleurs augmentèrent; mais au moment où la plus vive se faisait sentir, cette infortunée annonça par un cri singulièrement aigu que son ventre se déchirait. Elle tomba en syncope, et les douleurs discontinuèrent. On sentit l'enfant fuir de l'utérus déchiré. La gastrotomie fut pratiquée au bout de quelques instants.

Le ventre était excessivement douloureux, et l'enfant ne se manifestait pas plus d'un côté que de l'autre. M. Lambron se décida à opérer du côté droit, présumant que la matrice s'était déchirée au même endroit que dans l'accouchement précédent ; il fit une incision à un travers de doigt et en dehors de la cicatrice résultant de la première opération. Le péritoine étant ouvert, il n'aperçut que l'utérus et les intestins, dont plusieurs circonvolutions étaient adhérentes à la cicatrice ancienne. Il détruisit avec tout le soin possible celles de ces adhérences qui s'opposaient à son but, et il plongea la main dans le côté gauche du ventre en passant au-devant de la matrice, pour aller prendre les pieds de l'enfant qui était couché le long des vertèbres de sa mère ; il en fit l'extraction, de même que du placenta et du peu de sang qui s'était épanché dans l'abdomen. Cet enfant donna quelques signes de vie pendant une demi-heure, mais on ne put le conserver. M. Lambron n'a pu reconnaître dans le cours de cette opération le lieu où la matrice s'était déchirée. Il réduisit les intestins qui étaient sortis ; il pratiqua la suture en commençant par l'angle inférieur de la plaie, dont il ne rapprocha les bords qu'à la distance de deux lignes, pour conserver une issue au sang qui pourrait encore s'épancher. Il la couvrit de compresses imbibées de vin chaud. Beaucoup de sang sortit par cette ouverture pendant les quatre premiers jours. Au sixième jour, la suppuration était bien établie, et les bords étaient vermeils, mais enflammés. On coupa les points de suture : on s'aperçut que la membrane extérieure des intestins suppurait, et que les bourgeons charnus qui s'élevaient de la surface dénudée se réunissaient à ceux des parties voisines.

L'accident qui avait exigé la gastrotomie, et cette opération elle-même, n'eurent que les suites d'un accouchement

ordinaire. La femme dormit pendant plusieurs heures dès la première nuit, et ne ressentit que peu de douleurs dans le bas-ventre durant les sept ou huit premiers jours ; encore purent-elles être regardées comme des tranchées utérines. Les lochies coulèrent librement dès les premiers instants par les voies naturelles : elles étaient d'un rouge pâle et sans fétidité. Les seins s'étaient tuméfiés le quatrième jour : le mari teta sa femme, et continua de le faire pendant trois semaines. Première selle le huitième jour. La guérison fut prompte et complète.

Enfin, cette femme étant redevenue grosse encore après cette seconde opération, dont elle ne ressentait aucune incommodité, accoucha naturellement, le 31 août 1781, d'un enfant bien portant, mais très-petit. (Duparcque, *Maladies de la matrice*, t. II, p. 284.)

ARTICLE VI.

Môle.

On a décrit sous ce titre toutes les tumeurs si diverses qui se développent dans la cavité de la matrice et même dans l'épaisseur de ses parois, les hydatides, les polypes, les corps fibreux, etc., etc.; en sorte que le mot *môle* présentait à l'esprit tout le vague de son acception étymologique. D'autres auteurs, à l'exemple d'Hippocrate, restreignant la signification de ce terme, ne l'appliquent qu'au produit imparfait et dégénéré de la conception. C'est sans doute beaucoup plus judicieux; mais alors l'affection appartient et retourne directement à la pathologie de l'œuf, et nous n'avons pas à nous en occuper ici. D'ailleurs, c'est pour mémoire que nous avons placé ici cet article.

ARTICLE VII.

Corps étrangers de la matrice.

On observe rarement dans la matrice des corps qui viennent réellement du dehors, de véritables corps étrangers dans la rigoureuse acception du terme. Des projectiles peuvent cependant se trouver dans cet organe; on pourrait y laisser de la charpie dans les tamponnements; cependant les faits de cette nature ne sont pas assez nombreux pour fournir matière à un article. Ce que nous avons à dire sur cette partie de l'histoire sera mieux groupé sous le titre de pierres de la matrice.

§ 1. Pierres de la matrice.

Existe-t-il réellement des pierres dans la matrice ? Si on ne consultait que l'opinion des anciens, la réponse serait facile à faire ; mais dès qu'on examine les faits sur lesquels elle repose, on tombe dans une complète incertitude. Ce qu'ils donnent sous ce titre sont tantôt des calculs qui, rendus ou extraits par la vulve, pouvaient venir de la vessie et quelquefois du rectum ; tantôt des produits solides qui, développés dans la cavité utérine, ne sont pas nettement caractérisés. Cette double cause d'erreur à l'égard de l'origine ou du siége d'incubation de ces concrétions et à l'égard de leur nature se retrouve dans presque tous les auteurs depuis Hippocrate jusqu'à Louis. En voici un exemple tiré du père de la médecine lui-même :

« Une jeune servante sentait des douleurs fort vives, toutes les fois qu'elle souffrait les approches d'un homme, et elle ne devint jamais enceinte. Elle mangea indiscrètement, à l'âge de soixante ans, une grande quantité de poireaux ; quelques heures après elle souffrit cruellement des douleurs aussi violentes que le sont celles de l'enfantement. Dans une de ces douleurs, plus fortes que les précédentes, elle sentit quelque chose d'inégal qui se présentait à l'orifice de la matrice. Elle tomba en défaillance ; et dans cet état une femme lui tira par l'introduction de sa main une pierre de la grosseur du peson d'un fuseau ; les douleurs cessèrent par la sortie de ce corps, et depuis, cette fille jouit d'une santé parfaite (1). »

A. Paré accepte ce fait sans le commenter ; c'est le seul qu'il cite : il n'a fourni à ce sujet aucune observation qui lui soit propre. Louis soutient également l'authenticité de ce fait. Et comme nous combattons la manière de voir de cet homme illustre, c'est sa traduction que nous avons copiée.

(1) Libr. 5, *de Morb. vulg.*, sect. 7.

D'abord c'est sur la foi de deux femmes qu'Hippocrate nous a transmis cette histoire. Les souffrances du coït ne se rattachent-elles pas aussi bien à un calcul vésical? Quelle idée peut avoir des douleurs de l'enfantement une fille qui n'a jamais été mère? Elle sentit quelque chose d'inégal qui se présentait à l'orifice de la matrice. N'est-il pas évident que le mot de *matrice* est mis au lieu de celui de vulve, et que les femmes d'alors parlaient comme celles d'aujourd'hui! Sans cela, comment la malade aurait-elle senti et désigné avec tant de précision la présence du calcul au col de l'utérus? Comment sa compagne aurait-elle été l'y saisir? D'un autre côté, Louis range parmi les concrétions calculeuses de la matrice des masses solides contenues dans l'intérieur du viscère, mais qui mériteraient une tout autre dénomination.

« Une femme âgée de cinquante-sept ans, mourut d'un asthme au mois de janvier 1725. Elle n'avait eu qu'un enfant dont elle était accouchée vingt-sept ans auparavant. Elle s'était plaint pendant quelques années d'une fréquente difficulté d'uriner et d'aller à la garde-robe et d'une pesanteur continuelle sur les parties de la génération. On l'ouvrit et on trouva, en examinant le bassin, une substance osseuse très-considérable qui y était tellement unie qu'elle ne paraissait faire qu'un seul et même corps avec elle. En détachant cette masse M. Hody remarqua qu'elle n'était ossifère que dans l'épaisseur d'une pièce de vingt-quatre sous; et immédiatement au-dessous de l'ossification, c'était de la chair ferme, dont la dureté diminuait à proportion qu'elle approchait du centre de cette masse. » (*Ibid.*)

C'était là un polype dont le pédicule s'était rompu et dont l'ossification avait marché de l'extérieur à l'intérieur. Nous avons choisi ce fait comme le type de ceux qui ont pu en imposer pour des calculs utérins.

Ce sont des cas pareils, c'est la confusion qui règne dans les meilleurs écrits sur cette matière, qui ont inspiré à M. Roux les lignes suivantes :

« Tous les faits rassemblés dans le mémoire de Louis se rapportent à des tumeurs polypeuses de la matrice passées à l'état osseux: et je pense que tout ce qu'on sait, tout ce qu'on a dit sur les prétendus calculs utérins doit être appliqué à ces tumeurs ainsi dégénérées, et dont la pétrification n'a absolument aucun rapport avec la formation des calculs dans diverses parties du corps. Elles se détachent par suite de l'espèce de dépérissement et de mort lente qui accompagne le passage à l'état osseux ou pierreux, semblables aux dents, aux poils et aux cheveux qui tombent à mesure que la vie y devient plus languissante. Je trouve surprenant qu'on ait été si longtemps dans l'erreur à cet égard et qu'on ait ainsi méconnu le vrai caractère de ces concrétions. » (*Mélanges de chirurgie et de physiologie*, p. 115 et passim.)

A nos yeux ce chirurgien s'est trop avancé en effaçant l'article calculs utérins du cadre nosologique. Boyer l'avait bien senti, car en citant les conclusions du travail de M. Roux, il les atténue, les resserre en quelque sorte en disant : les pierres de la matrice ne sont le *plus souvent* que des corps fibreux ossifiés. » (Boyer, t. x, p. 563.)

Ces mots soulignés corrigent l'opinion trop exclusive de M. Roux et la placent dans le vrai : les calculs utérins sont une maladie extrêmement rare, mais incontestable; nous espérons le démontrer.

Sans tenir compte de l'observation d'Hippocrate, on a cru long-temps que les voies urinaires étaient le siége unique des concrétions salines. C'est Kentmann qui fit voir le premier qu'il s'en forme ailleurs. On en rencontra dans l'appareil excréteur de toutes les glandes, du foie, des glandes salivaires et lacrymales et même du testicule, dans les vésicules séminales (Meckel). Si l'on conçoit mieux la formation de ces dépôts dans des canaux continuellement baignés par des liquides chargés de sels, que dans la matrice, il n'en est pas de même de ceux que nous allons passer en revue : assurément c'est l'ordre qui paraît le plus en dehors des lois qui président ordinairement aux développements de ces corps étrangers au sein de l'économie, nous voulons parler de ceux qui s'engendrent dans l'épaisseur des tissus. Morgagni et Zinn en ont observé

dans l'intérieur de l'œil; Haller et Scarpa ont trouvé cet organe presque entièrement pétrifié. (Scarpa, *Traduction de Léveillé*, t. 2, p. 120). On en a découvert dans les muscles lombaires d'un cerf autour d'une balle qui servait de noyau (Godon, *Journal général de médecine*, tome x, p. 233); dans les parois du cœur (Meckel), dans le le tendon du jambier antérieur, (Eller, Académie de Berlin, 1755), dans la glande pituitaire (Vicq-d'Azyr), etc., dans l'épiploon (Double, rapport à l'Académie de Médecine, sur un mémoire de M. Delens.), etc.

Mott en a compté plusieurs douzaines dans le scrotum qui descendait jusqu'au milieu de la cuisse. (*Journal of the med. and phys. scienc.*, 1827, nº 10.)

Notez bien que nous ne citons que les exemples dont la valeur est garantie par la clarté de la description ou par le nom de l'observateur.

Pourquoi un phénomène qui se montre dans les points les plus défavorables, ne se reproduira-t-il pas dans l'utérus? Est-ce donc le seul viscère tapissé d'une muqueuse qui le présente? Les calculs de l'intestin ne sont-ils pas une condition normale chez certains animaux, accidentelle chez l'homme, où ils ont quelquefois déterminé la mort par l'occlusion du tube digestif? Les amygdales n'en sont pas exemptes (Monro). Une fille, après avoir éprouvé une hémicranie violente, en fut guérie quand elle eut rendu par le nez une grande quantité de pierres. Elle les rejetait dans les secousses de l'éternûment. Ces concrétions analysées par Geiger, étaient composées d'albumine, de mucilage, de graisse, d'osmazome, de phosphate, et de carbonate de chaux et de magnésie, de soude, de muriate de soude et d'oxide de fer; elles avaient déterminé la suppuration des fosses nasales (Heïdelbergen klinische annalen). Enfin Dance a rencontré « dans la fosse nasale droite, une concrétion pierreuse, de quinze lignes de diamètre en tous sens, creusée à sa partie inférieure d'une petite cavité, remplie d'un mucus épais d'une odeur infecte » (*Arch. gén. de méd.*, t. xix, 2e série, p. 28). Ce calcul était libre, puisqu'il baignait dans le mucus. » Pourquoi repousser comme invraisemblable l'existence d'un corps analogue développé avec des conditions identiques dans la matrice? N'a-t-on pas trouvé plusieurs fois des pierres dans l'utérus des animaux?

« M. Boïle a communiqué à la société royale une lettre par laquelle on lui donnait avis d'un monstre né à Lunnington, dans le comté de Hampshire.

» Un boucher ayant tué une vache trouva qu'elle était pleine d'un veau qui commençait à avoir du poil. Ses jambes de derrière n'avaient point de jointure et ses pieds étaient partagés comme les griffes d'un chien. Sa langue était triple et de la manière qu'on nous dépeint celle de Cerbère, une dans le milieu de la gueule, et deux autres aux deux côtés. Entre les jambes de devant et celles de derrière, il y avait une grosse pierre sur laquelle il était posé; cette pierre s'est trouvée peser vingt livres et demie. Sa couleur est grisâtre comme celle d'une espèce de pierre de taille qu'on appelle communément *grison*. La superficie en est inégale et remplie de petites cavités. Quand on la rompt, on y voit de petits grains de pierre d'une figure ovale, et alors sa couleur est mêlée de veines jaunes et noirâtres qui la traversent. Le docteur Hanghtein de Salisbury garde curieusement cette pierre dont il a envoyé une partie à M. Boïle qui l'a fait voir à la société royale. » (*Extrait du journal d'Angleterre.* — Voy. *Journal des savants*, janvier, 1666, p. 40.)

Cette observation qui porte un peu le cachet du temps, et où perce l'amour du merveilleux qui régnait alors, n'en présente pas moins avec netteté le seul côté qui nous intéresse : une pierre énorme renfermée dans la matrice de la vache et compatible avec l'existence d'un fœtus dont elle a peut-être occasionné les difformités. Le calcul, surtout, observé par des savants est d'ailleurs décrit avec des détails qui sont un élément d'authenticité.

Enfin, nous l'avons déjà dit, n'en a-t-on pas trouvé dans l'appareil générateur de l'homme? Y a-t-il donc une distance infranchissable entre un calcul des vésicules séminales et un calcul de la matrice? N'est-il pas impossible, au contraire que deux faits se touchent de plus près?

Ce paragraphe portant sur un point liti-

gieux, n'a encore été qu'une discussion à moitié historique, il faut bien établir l'existence d'une chose quelconque avant d'en essayer la description. C'est la tâche qui nous reste et dans laquelle nous allons faire entrer le dernier et le meilleur élément de démonstration, les observations.

Causes. La cause de cette aberration de secrétion réside-t-elle dans la composition du sang sur lequel opère l'organe sécréteur? Mais alors pourquoi le même phénomène ne se présenterait-il pas dans toutes les parties à la fois, puisque toutes reçoivent le même sang? Serait-ce que chaque appareil serait chargé de séparer de ce liquide quelques éléments spéciaux dont lui seul trahirait l'augmentation, ou enfin la matière sur laquelle il s'exerce étant la même, est-ce l'instrument dont l'action se déprave? Mais ce sont là des questions générales heureusement aussi inutiles que difficiles à résoudre. Il serait plus important de savoir sous quelle influence l'affection se produit, et c'est ce qu'on demanderait en vain à l'analyse des cas que possède la science.

Nous avons vu qu'une enfant de cinq ans en avait été atteinte, ainsi qu'une vieille femme de soixante-douze ans; les âges intermédiaires ne sont pas plus respectés.

Enfant, adulte, vierge ou non, stérile ou mère, la femme n'en est exempte dans aucune des phases de la vie. On va jusqu'à citer des cas, à la vérité peu concluants, où la grossesse et un accouchement heureux n'auraient pas été incompatibles avec ces calculs. On n'ignore pas que si le plus souvent les polypes utérins empêchent la conception ou provoquent l'avortement, ils n'offrent parfois ni l'un ni l'autre de ces inconvénients. Mais nous le répétons, nul fait bien observé n'établit ici cette exception.

Caractères anatomiques. L'anatomie pathologique de cette lésion se divise en deux chefs, les calculs et l'état du viscère qui les contient.

Les calculs, à part un seul qui siégeait dans l'épaisseur même du tissu de l'utérus, sont libres dans la cavité ou adhérents à ses parois. Leur volume varie depuis celui d'une poussière sablonneuse (Portal, *Ann. méd.*, t. v, p. 532), jusqu'à celui d'un œuf d'oie.

« Une dame que le développement de l'abdomen et la suppression des règles avaient rendue asthmatique, devint ascitique avant dix années et quitta la terre pour aller au ciel.

» On trouva, à l'autopsie, une grande quantité d'eau dans le ventre, et dans le foie deux calculs dont l'un, chose étonnante, pesait douze livres et l'autre seize.

» On trouva aussi dans la matrice une pierre de quatre livres. » (Blanchardi, *Anat. prat.*, p. 288). Leur nombre s'élève depuis un presque jusqu'à l'infini. Michel Morus en a trouvé 32 qu'il employa en thérapeutique. Quand ils sont solitaires, ils ont une surface rugueuse, plus ou moins moulée à la forme de la matrice; multiples, ils sont arrondis ou taillés à facettes. Tantôt durs, tantôt mous et friables, ils n'ont point encore été analysés.

Ils séjournent ordinairement dans la matrice sans l'offenser sensiblement, d'autres fois ils l'ulcèrent et s'ouvrent une issue par le vagin ou par le rectum.

« Une dame sentait depuis long-temps une pesanteur à la matrice: et il y avait trois ans qu'elle y souffrait des élancements avec un écoulement blanc qui ne discontinuait point. Six semaines avant sa mort qui arriva le 17 mai 1744, on lui tira avec des pinces à pansement un corps étranger qui s'était présenté au vagin. Cette concrétion qu'on fit voir à M. Levret, était grosse et figurée comme un œuf de poule, sa consistance était plâtreuse. Le lendemain on fit encore l'extraction d'un corps de même nature, mais plus petit. La consistance peu solide de ces concrétions semble montrer qu'elles n'étaient pas très-anciennes; mais ce qui le prouve le mieux, c'est que la malade a eu plusieurs enfans avant de sentir des douleurs à la région de la matrice.

» Pendant les derniers mois qu'elle vécut, les lavements et les excréments sortaient par le vagin. M. Verdier qui fit l'ouverture du corps, trouva un ulcère gangréneux commun au vagin, au rectum et à l'orifice de la matrice; le fond de cette dernière partie était assez sain. » (Louis, *Mém. de l'ac. de chir.*, t. II, p. 134.)

Bien que le mérite des hommes qui ont pris connaissance de cette maladie ne puisse laisser de doute sur sa nature, c'est un cas qui met à nu les inconvénients d'une concision excessive dans les observations. En effet, ces douleurs de la région utérine, cette leucorrhée, tout, jusqu'à l'altération commune au vagin, au rectum et au col de la matrice, ne pouvaient-ils pas résulter d'une pierre qui, retenue dans le rectum, aurait perforé cet intestin et le vagin, et attaqué sur sa route le museau de tanche? N'eût-il pas fallu pratiquer le toucher par la vulve et par l'anus, et en consigner les données, ne pas se borner à la dénomination du corps étranger et des désordres qu'il avait produits? C'est encore à ces histoires écourtées qu'il faut attribuer l'insuffisance des détails relatifs à l'état du viscère.

Symptômes. Il arrive que les calculs de la vessie acquièrent un grand volume avant de révéler leur existence, quelquefois même ils n'en donnent jamais aucun signe, et à Bicêtre on en a trouvé d'énormes qu'on n'avait pas soupçonnés avant l'ouverture des corps. Ne se développe-t-il pas même à l'intérieur du crâne des tumeurs qui compriment largement, désorganisent même une partie du viscère le plus délicat et le plus important, sans que rien trahisse au dehors ces lésions en général si redoutables? Est-il étonnant après cela, qu'un organe en quelque sorte secondaire, et beaucoup moins susceptible, comme la matrice, garde un calcul à l'état latent, sans qu'aucun trouble en manifeste la présence? Rinaldi, médecin collégié de l'université de Turin, en ouvrant le cadavre d'une femme qui ne s'était jamais plaint d'aucune indisposition de matrice, y a trouvé une pierre du volume d'une aveline; il envoya cette pièce à l'académie de chirurgie. Foubert en a vu une plus grosse ne pas causer plus d'accidents.

Ce n'est là néanmoins qu'une exception et qui n'a pas encore porté sur des pierres considérables; ordinairement ces corps étrangers occasionnent des accidents soit du côté de l'organe qui en est le siége, soit vers la vessie, quand ces deux ordres de symptômes ne coexistent pas.

A la matrice ce sont de la pesanteur, des douleurs quelquefois très-vives qui se bornent au bassin ou se répandent dans les reins et dans les cuisses. Elles peuvent s'accompagner d'une démangeaison et d'un écoulement vaginal plus ou moins violents.

Les calculs utérins paraissent affecter les fonctions de la vessie de deux manières, y apporter une gêne mécanique par leur volume ou irriter le réservoir urinaire par la fluxion habituelle qu'ils entretiennent dans la région.

Voici un exemple du premier mode de cette double influence :

« Une femme veuve, âgée de soixante-douze ans, mourut à Lille en 1686. Elle avait été affligée durant quinze à seize ans et jusqu'à sa mort d'une difficulté d'uriner avec des douleurs insupportables dans les régions des lombes, de l'os pubis et du périnée. On voulut chercher la cause de cette indisposition dans les reins et dans la vessie qui se trouvèrent sans graviers. En faisant ces recherches on toucha par hasard la matrice qui parut d'abord squirrheuse; une grosse et grande pierre en emplissait toute la capacité, considérablement dilatée par ce corps étranger. La première couche de cette pierre était d'une matière friable et qui se détachait aisément. L'intérieur était plus solide, mais très-poreux; car cette pierre était fort grosse pour son poids, qui était cependant de quatre onces, mais qui aurait dû être d'une livre si à volume égal, la matière eût été plus condensée. » (*Nouvelles de la république des lettres*, juillet 1686, p. 787.)

Nous ne prétendons pas que l'irritation du col vésical n'ait été pour rien dans cette difficulté d'uriner. Mais peut-on mettre en doute qu'une pierre de ce volume n'y ait participé, que seule même elle ne fût capable de la produire en comprimant l'urètre ou le col vésical?

Il faudrait nier alors que dans les premiers mois de la grossesse, le développement de la matrice ait jamais cet effet manifeste de fermer l'orifice vésical uniquement par un aplatissement mécanique.

La rétention d'urine n'eut évidemment pas la même cause dans le cas suivant :

« La fille d'un marchand de Varsovie, âgée de 5 ans, mourut d'une rétention d'urine. On fit ouvrir son cadavre par un lithotomiste; la vessie parut fort saine; il fit l'examen de la matrice, et l'on y trouva une pierre de couleur blanche, un peu plus grosse qu'un œuf de pigeon. » (*Ephémérides des curieux de la nature*, décade 1, ann. 4 et 5, p. 54).

S'il n'existait pas d'autre cause de la rétention d'urine, un calcul aussi petit pouvait-il l'occasionner autrement que par une irritation qui se propageait de l'utérus au col de la vessie? Malheureusement le laconisme avec lequel ce fait est rapporté lui ôte beaucoup de sa valeur.

Il arrive que les calculs urinaires sont rendus à l'état de graviers ou de masses moins petites; ceux de la matrice offrent aussi parfois cette excrétion spontanée. En voici un exemple fort remarquable où la descente du viscère entre les cuisses ôtait toute chance de méprise sur le point de départ de la pierre. Le museau de tanche était dehors; on pouvait donc voir, aussi nettement que si on les eût tenus à la main, les corps étrangers auxquels cet orifice livrait passage et cela d'autant plus sûrement encore que le phénomène se répéta souvent. Si le siége primitif de ces concrétions ne saurait être douteux, leur nature ne l'est pas davantage, car elles sont décrites avec trop de soin et de détails pour être confondues avec des ossifications. Nous savons d'ailleurs que J. L. Petit a trouvé des pierres nombreuses dans la matrice, et que Portal l'a vue en quelque sorte sablée de graviers. En supposant des hommes de ce mérite incapables de reconnaître une pierre, est-il vraisemblable que des polypes presque innombrables s'ossifient et se détachent tous en même temps, sans qu'il en reste un seul adhérent, un seul où le travail de transformation fût inachevé?

Observation au sujet de quelques pierres sorties de la matrice d'une fille.

« Cette observation est du nombre de celles dont l'art lui-même tire peu de gloire, puisque la nature se sauve par ses propres forces et se débarrasse le mieux qu'elle peut de son ennemi. Ces sortes d'accidents méritent néanmoins l'attention des connaisseurs, et ont toujours été assez estimés des médecins et des chirurgiens pour être communiqués au public pour son utilité. Si l'art n'est pas enrichi et qu'il n'en tire pas de nouvelles lumières, on apprend du moins à connaître les forces de la nature, et l'on est averti de ne pas d'abord perdre courage dans des cas difficiles où l'art se trouve arrêté, mais d'essayer et d'attendre si les efforts de la nature même n'apporteront pas quelque soulagement. Je rends l'histoire avec la même simplicité qu'elle m'a été envoyée par MM. Corneille Cleyn, prédicant de l'église réformée de Lekkerkerk, et Wonter Boon, chirurgien au même endroit.

» Petronelle Van***, fille agée alors de 28 ans, était affligée depuis douze ans d'une descente de matrice, qui, à ce qu'elle assurait, lui était venue d'un coup de pied dans le ventre, qu'elle avait reçu étant encore petite, et qui avait augmenté peu à peu en grosseur; en sorte que la partie pendante avait alors sept pouces de long, sur treize de circonférence. Cette descente étant encore d'une médiocre grosseur, elle pouvait la faire rentrer avec la main et se soulager ainsi pour quelque temps; mais comme elle travaillait fortement tous les jours et qu'elle ne se ménageait point pour le boire et le manger, cette partie devint au bout d'environ sept ans si forte et accompagnée de tant de douleurs et d'autres incommodités, qu'elle fut obligée de chercher les secours des gens de l'art. Après avoir tenté inutilement toutes sortes de remèdes dans le lieu où elle avait pris naissance et dans différents endroits, elle fut enfin réduite à revenir pour obtenir quelque secours de charité, et elle tomba entre mes mains, comme étant maître de la diaconie. Ayant observé cet accident qui était nouveau pour moi, étant encore jeune dans la pratique de l'art, je fus d'un grand étonnement et résolus d'abord de consulter et d'appeler quelques-uns de mes confrères: nous fûmes trois qui nous chargeâmes de cette cure; mais le grand affaiblissement et la dissolution des ligaments d'un côté, et l'endurcissement de la matrice pendante de l'autre, furent cause de l'impossibilité d'avancer la guérison. Nous trouvâmes à propos de n'employer que des

palliatifs et de prévenir par les antiphlogistiques l'inflammation et d'autres accidents, autant que possible. Ce fut ainsi que nous tâchames de soutenir l'incommodité dans l'état où elle était. La malade se plaignait de temps en temps de douleurs dans l'hypogastre droit, d'une strangurie très-vive, et de pressions considérables dans le bas-ventre en allant à la selle. Ces accidents augmentèrent dans les derniers six mois, quoique la malade ne prît qu'une nourriture faible et adoucissante; lorsqu'enfin le 14 mai de cette année, elle fut saisie de tranchées intermittentes et de douleurs qui ressemblaient à celles d'un accouchement. Je fus rappelé et ayant questionné la malade, elle se plaignit de douleurs insupportables en dedans de la matrice ; et l'ayant visitée, cet endroit me parut enduit d'une matière pierreuse ; je lui fis faire des potions diurétiques, au bout d'une heure la malade rendit une pierre et elle se trouva fort bien le soir ; mais le lendemain matin la douleur revint par intervalles et l'on en vit paraître une seconde ; et comme par rapport à sa grosseur, elle ne pouvait pas franchir le passage étroit des lèvres de la partie, on fut obligé de faire une ouverture à l'orifice du vagin pour donner passage à la pierre. La malade étant ainsi débarrassée de cette seconde pierre, toute douleur cessa tout d'un coup, et elle rendit par continuation une grande quantité de matière sablonneuse et graveleuse. Il est à propos d'observer que n'ayant jamais senti de douleurs depuis trois ou quatre ans, quand il fallait uriner, elle s'apercevait pour lors chaque fois de cette évacuation. Le 24 et le 25 mars, elle se plaignit encore de pareilles douleurs, d'où je conclus, qu'il devait encore y avoir quelques pierres qui se manifesteraient tôt ou tard ; cependant elle n'en rendit point cette fois, et trois semaines après avoir rendu les deux premières pierres, elle alla à pied à trois quarts de lieue, pour rendre grâce à Dieu dans son église ; mais la douleur augmenta par la suite, et la malade rendit tous les jours quantité de petites pierres et de matières pierreuses. Il lui vint enfin du 23 au 24 avril, un accès très-violent de douleur, qui fit sortir dans l'espace de vingt-quatre heures, deux pierres pesant alors six gros, avec quantité de matière sanguinolente. Depuis ce temps, la malade s'est mieux portée qu'elle n'avait fait depuis trois ans. Je m'aperçus pourtant quelques jours après qu'elle eut rendu ces dernières pierres, que le passage par où elles étaient sorties était garni d'une chair spongieuse et qu'il y paraissait de temps en temps du sang; c'est pourquoi j'y appliquai des remèdes propres à la consumer et j'en vins à bout en peu de temps. La malade ne sent plus de douleur, elle va et vient et se porte très-bien. La matrice pendante reste dans sa même grosseur et semble plutôt augmenter que diminuer, je ne sais pas quelles en seront les suites.

» Ces pierres ont la surface lisse et comme polie du côté où elles se sont touchées. La première a une espèce de charnière qui est en quelque façon creuse, et celle de la plus grosse est comme élevée ou convexe. Le poids de la petite est d'une once cinq gros, de la plus grosse, de deux onces un demi-gros.

» On aperçoit à toutes quelques marques qui font voir qu'elles ont été serrées contre d'autres corps ; mais l'on ne voit pas comment. La matière qui compose ces quatre pierres est la même, d'un gris de cendre, ressemblant à de la craie, couverte au dehors d'une croûte mince et cassée en plusieurs endroits, et d'un jaune brunâtre. La matière est friable et aisée à réduire en gravier. Au reste ces pierres ont eu une formation crustacée, comme l'ont communément les pierres de vessie.» (Gaubius, professeur en médecine, dans l'université de Leyde. *Journal de médecine*, par Vandermonde, tom. II, p. 32, 1759).

Dans cette observation rédigée d'une manière peu sévère, il y a une chose difficile à expliquer : la matrice étant dans un état de chute complète, et *formant au dehors une tumeur de sept pouces de long*, comment se fait-il qu'on ait été obligé pour faciliter la sortie d'une pierre trop volumineuse, de pratiquer une ouverture à l'orifice du *vagin?* Ces deux points ne paraissent-ils pas inconciliables ; comment Gaubius, professeur d'une école célèbre, a-t-il laissé passer cette contradiction, qu'il aurait aisément

fait disparaître en demandant des éclaircissements à l'auteur de l'observation? Est-ce qu'alors la matrice se trouvait momentanément réduite; ou bien a-t-on écrit par mégarde : orifice du *vagin*, au lieu d'orifice de l'*utérus*?

Quoi qu'il en soit, les douleurs intermittentes qui ont rappelé celles de l'accouchement et qui doivent peut-être se rapporter aux contractions de la matrice, auraient pu dépendre de la vessie; et dans un cas moins facile à observer, nous aurions craint cette méprise. Du reste, la matrice, à part même les circonstances de l'accouchement, fait des efforts pour se débarrasser d'un caillot de sang; ceux auxquels elle se livrerait pour expulser un calcul seraient-ils plus surprenants?

Diagnostic. Excepté ce cas où les calculs se présentent d'eux-mêmes au museau de tanche et le franchissent, excepté cette exhibition spontanée des pièces de conviction, aucun des autres symptômes ne se rattache directement à l'affection. Quand il en existe, ils n'indiquent même pas toujours clairement une lésion de l'utérus. Il faudra donc suppléer par une exploration attentive aux signes rationnels qui manqueront le plus ordinairement. Ne sera-t-il pas convenable de procéder par exclusion dans cet examen, de s'assurer de l'état de la vessie par tous les moyens qui sont à notre disposition, le toucher et le cathétérisme ; de constater également avec le doigt que le rectum est étranger à la maladie? Enfin, à l'égard de la matrice elle-même, le toucher vaginal et rectal offrira des données importantes. Le doigt trouverait le corps de l'organe anormalement et quelquefois inégalement développé, etc. Il pourra sentir des graviers ou un calcul dans l'orifice du col, où le speculum le ferait voir. Dans le cas où cette ouverture le permettrait, une petite sonde de femme introduite avec précaution procurerait un renseignement décisif, le choc particulier d'un corps métallique sur un calcul. Si quelque indice avait tourné l'attention de ce côté, ce cathétérisme utérin ne serait-il pas une ressource précieuse? Ne lèverait-il pas à l'instant jusqu'à l'ombre d'un doute?

Complications. Il en est ici comme pour les polypes. Quelques symptômes en quelque sorte exagérés constitueraient de véritables complications; ainsi la métrorrhagie, et même la métrite. « Une religieuse d'environ cinquante ans souffrait cruellement à la matrice depuis plusieurs mois. Ses douleurs rebelles à tous les médicaments qu'on mit en usage pour la soulager, cessèrent enfin par la sortie d'une pierre assez inégale, de la grosseur d'un œuf de cane. La malade, quoique débarrassée de la cause de ses maux, mourut en marasme par la suppuration putride de la matrice. » (Schenkius, p. 634.)

Pronostic. Un calcul utérin peut occasionner la mort, ou ne se révéler par aucun accident, par aucune souffrance de l'économie ; mais c'est en général une maladie sérieuse, qui met hors de service une partie essentielle de l'appareil reproducteur, et s'accompagne de symptômes fâcheux vers l'organe même qui en est le siége ou vers la vessie.

Traitement. Tout corps étranger incompatible avec la santé, et qui peut offrir du danger pour la vie doit être extrait; telle est l'indication, mais est-il possible de la remplir ? Les anciens ne nous ont guère transmis à cet égard que des vues théoriques; à peine possède-t-on deux exemples d'extraction de calculs utérins; encore sont-ils dépourvus des détails qui pourraient les rendre utiles, et ne servent-ils qu'à établir la possibilité de l'opération. Le plus concluant appartient au docteur Beale. Il rapporta à la Société royale d'Angleterre : «Qu'il avait vu une pierre qu'un chirurgien avait tirée par une incision à la matrice d'une femme qui la portait depuis huit ans avec des douleurs insupportables; et que cette opération avait eu tout le succès possible. La pierre était presque ovale ; sa couleur était blanchâtre : elle pesait quatre onces lors de l'extraction, et son poids diminua beaucoup depuis. J'ai eu occasion de faire la même observation. Le docteur Beale promit de présenter cette pierre à la Société royale avec les certificats du chirurgien et de plusieurs personnes dignes de foi qui avaient été les témoins de cette opération. » (Louis, *l. cit.*, et *Journal des savants*, décembre 1666.) — Il n'est pas dit un mot sur le manuel de l'opération.

Nous n'avons donc dans cette circonstance grave, d'autre avantage sur nos devanciers que d'être guidés par des connaissances anatomiques plus précises et par des analogies plus sûres. En nous laissant toujours conduire par ce double fil, parcourons les cas divers qui peuvent se présenter dans la pratique. Commençons par les plus simples.

Si des graviers tapissaient, incrustaient la face interne du col ou du corps de la matrice, ne devrait-on pas essayer de les détacher et de les entraîner par des injections répétées aussi souvent que le besoin s'en ferait sentir? Ne pourrait-on pas, suivant la composition chimique des grains salins, donner à ces injections une propriété dissolvante? Ce moyen employé avec persévérance, avec prudence, tout en débarrassant l'organe de ses souffrances actuelles, préviendrait encore l'accroissement des graviers.

Une pierre assez grosse engagée dans le col fait-elle saillie dans le vagin? Mobile et unie à la surface, essayez de la saisir avec une pince, et par des ébranlements et des tractions ménagés, achevez-en la sortie. Raboteuse et serrée dans l'orifice, elle ne saurait s'extraire ainsi; mais tentez la dilatation du col avec le doigt ou avec de l'éponge préparée; une fois agrandi, il permettra peut-être le passage du calcul; sinon, serait-il déraisonnable d'appliquer un instrument lithotriteur approprié? En cas d'insuccès par les moyens précédents, il resterait une dernière ressource, l'incision simple ou double du museau de tanche. Elle se pratiquerait avec un bistouri boutonné ordinaire, qui glissé à plat entre la pierre et le col, retournerait son tranchant de manière à couper de dedans en dehors. Louis a proposé des ciseaux dont le fil serait sur le dos : introduits fermés ils agissent en s'ouvrant. Cet instrument ne rappelle-t-il pas le lithotome double de Dupuytren, et surtout celui si simple de M. Amussat? Figurez-vous une paire de ciseaux ordinaires articulés à la manière des meilleures tenettes; en rapprochant les anneaux, les deux lames se croiseront et présenteront en dehors leur côté tranchant. N'est-ce pas là une confection, d'un emploi et d'un entretien extrêmement faciles? Cet instrument n'est-il pas ce qu'il y a de mieux pour un double débridement du col utérin, fait d'un seul coup? Ici à cause du calcul qui occupe le col même, le bistouri boutonné serait préférable, parce que les incisions ne seraient guère praticables que l'une après l'autre.

Mais dans le cas où la pierre serait contenue dans le corps même du viscère, où sa présence bien constatée causerait de graves désordres et en ferait craindre de plus funestes encore, la dilatation du col vainement essayée, et sa double section manifestement indiquée, nous ne connaissons pas de meilleur instrument à mettre en usage que celui de M. Amussat.

Si l'on échouait cependant, si le volume, l'adhérence ou l'enchatonnement du calcul s'opposaient à son extraction, faudrait-il tenter de le briser ou mieux de le gruger sur place, pour ensuite en enlever plus facilement les fragments et la poussière? Sans nul doute c'est là une de ces circonstances délicates où, après un profond recueillement, le chirurgien ne se décide à recourir à des manœuvres dangereuses qu'en face d'une catastrophe inévitable.

Une métrite même imminente, et d'autres complications aisées à prévoir, seraient des contr'-indications manifestes.

En un mot, les calculs de la matrice sont une maladie extraordinaire; quelquefois même ce n'est pas une maladie, puisque la santé n'en est pas affectée; généralement supportables, ce n'est que par exception que les symptômes en deviennent alarmants; encore l'expulsion de ces concrétions peut-elle être spontanée ou n'avoir besoin que de secours sans danger; d'où il résulte que sur un nombre presque immense de chirurgiens très-répandus, pas un peut-être n'aura à se poser la question d'une opération grave à cet égard. A part l'intérêt scientifique, comme cette difficulté peut cependant échoir au chirurgien le moins répandu aussi bien qu'au praticien le plus occupé, nous avons cru devoir l'étudier.

ARTICLE VIII.

Prolapsus de la matrice.

Cette maladie est aussi appelée abaissement, descente, chute, procidence, précipitation de la matrice; *uteri relaxatio*, *uteri prolapsus*, *aut procidentia*, *uteri præcipitatio*. Ces diverses dénominations indiquent des degrés de la même maladie. C'est la matrice qui au lieu de surmonter le vagin tend à gagner son orifice vulvaire pour le franchir et sortir ainsi du bassin où est sa place naturelle.

Hippocrate paraît avoir eu une connaissance assez exacte du prolapsus utérin; car il fait des remarques souvent justes sur presque tous les points de l'histoire de cette maladie, ainsi qu'on peut le constater dans les endroits où il traite *de superfetatione*, *de naturâ mulieb.*, *de exsectione fœtûs mortui in utero*, etc. « En rassemblant tout ce qu'il a dit sur les descentes de matrice, on voit qu'il en a distingué de trois espèces : la première lorsque le col de la matrice s'abaisse et entraîne avec lui une portion du corps du viscère, ce qui est sensible au tact; la seconde lorsque le corps de la matrice s'avance au point de se laisser apercevoir à l'orifice du vagin; la troisième enfin quand la matrice est totalement renversée.» (Dujardin, *Histoire de la chirurgie*, in-quarto, page 292). Arétée a écrit un traité *des Maladies des femmes;* malheureusement ce livre est perdu pour la science; aussi son opération sur le prolapsus utérin ne peut-elle être vérifiée. Les commentateurs d'Arétée, Haller en tête, croient que cet auteur n'a fait que rapporter ce qu'Hippocrate a dit, et ce qui a passé ensuite dans le livre de Celse, tandis que Peyrilhe pense qu'Arétée a voulu parler du *Renversement de la matrice*, dont il sera traité plus tard, et non de l'affection qui fait la matière de cet article, c'est-à-dire du véritable prolapsus utérin. (Voyez Peyrilhe, *Hist. de la chir.*, t. II, page 218, et la table de l'édition que Haller a donnée d'Arétée).

Les erreurs de diagnostic, les différences d'opinions sur certains cas de renversement et de prolapsus sont d'ailleurs très-explicables, quand on considère l'époque à laquelle a vécu Arétée; mais, après Hippocrate, après les notions qu'il a données sur la chute de l'utérus (d'après l'historien recommandable que nous avons cité, il avait parfaitement établi les degrés de la maladie qui sont devenus aujourd'hui tout à fait classiques), après de pareilles notions, on s'étonnera de voir nier beaucoup plus tard l'existence même du prolapsus utérin, et ne considérer cette lésion que comme une chute du vagin.

Dans sa bibliothèque chirurgicale Manget dit très-bien : *Sed hanc uteri procidentiam multi negant, censentque laxitatem quamdam vaginæ quæ extra pudendum prominet hæc ludibria facere. Inprimis Jobus Meckeranus observ. chirurg. cap.* 51 *et Henricus à Rhoonhuysen obs. part.* 1, *obs.* 2, *pluribus tum rationibus, tum exemplis probare conantur uterum ipsum prolabi numquam posse; sed relaxationem et procidentiam, rugosæ vaginæ substantiæ pro utero prolapso haberi et curari* (*Manget, lib. XVIII, pag.* 33. *Art. de procidentia uteri*).

Manget fait observer, avec une parfaite raison, que l'existence d'un prolapsus vaginal est incontestable, puisqu'il a été très-souvent observé, mais que cela ne prouve pas que l'utérus ne puisse, lui aussi, être entraîné par son poids ou poussé en bas par des efforts. Enfin l'existence du prolapsus du vagin ne détruit pas l'existence du prolapsus de la matrice. L'auteur de la bibliothèque chirurgicale cite à ce sujet le cas observé par Paré (Lib. 23, cap. 41). L'utérus était en chute complète chez une femme; il fut excisé par Paré; après la mort de la malade on ne trouva plus d'utérus chez elle. Cette preuve est sans réplique. Après cet exemple, Manget en trouve trois nouveaux dans la IVe *Centurie* de Fab. de Hilden. Il cite ensuite Félix Plater, *Obs.*, lib. III; Bartholin, *Cent.* II, *Obs.* 91, et plusieurs autres auteurs dont nous ne donnerons pas même les noms, car l'existence de la chute de l'utérus ne fait plus question, puisqu'il est constaté aujourd'hui qu'à un certain degré, c'est la maladie la plus fréquente des femmes qui ont eu des enfants. Si donc nous avons fait part à nos lecteurs de cette cir-

constance particulière de l'histoire, c'est pour leur rappeler encore une fois combien l'esprit humain peut s'égarer même quand il est à la recherche des faits les plus palpables. On conçoit que si les connaissances anatomiques avaient été plus répandues à l'époque où s'élevèrent ces doutes, ils eussent été bientôt dissipés pour ne plus se reproduire.

Pour donner tout d'abord une idée de la maladie qui fait le sujet de cet article, nous allons exposer très-succintement les divers degrés que les classiques ont reproduits sans doute après l'idée mère, empruntée, comme nous l'avons déjà dit, au père de la médecine. Nous reviendrons sur chacun de ces degrés de la même maladie dans l'exposition des symptômes, afin de mettre le plus de clarté possible dans cette partie de l'histoire du prolapsus utérin.

1° *Abaissement.* C'est le commencement du prolapsus. La matrice descend vers la partie inférieure de l'excavation pelvienne, en conservant à peu près sa direction. Elle n'est que plus basse. La partie inférieure du vagin est dilatée pour recevoir le corps de l'organe, ou bien il se fait un pli à ce conduit, dont la partie supérieure est aussi abaissée.

2° *Descente.* Le museau de tanche paraît à la vulve; la matrice remplit tout le vagin, lequel s'est retourné sur lui-même comme un doigt de gant dont on presse le sommet. La direction de l'utérus est nécessairement changée, son grand axe doit être celui du vagin et par conséquent celui du petit bassin; c'était le contraire dans l'état normal.

3° *Chute ou précipitation.* La matrice a franchi tout à fait la vulve; elle pend entre les cuisses; elle est recouverte par le vagin tout à fait retourné, lequel contient alors la matrice, ses annexes, la vessie, une partie du rectum et d'autres intestins. (Vidal de Cassis, *Pathol. externe*, tome v.)

Causes. Les causes du prolapsus de la matrice doivent être parfaitement connues, si on veut être à même de composer un traitement méthodique, et de juger les opérations proposées pour remettre et maintenir la matrice en place, c'est-à-dire opérer la cure radicale.

« Le nom seul de relâchement, souvent donné au premier degré du prolapsus, indique assez à quel genre de lésion on en attribuait la formation; et l'on ne peut nier qu'une grande extension et des ligaments suspenseurs et du vagin, ne soient pour cela nécessaires; mais c'est à tort qu'on a voulu tout rapporter exclusivement à cette dernière partie. Ceux qui n'ont vu là qu'un affaiblissement du vagin, auraient dû être détrompés par cette multitude de cas dans lesquels ce canal, lâche, mou, extensible, ne laisse point pourtant échapper la matrice, par ceux dans lesquels la partie supérieure du vagin, sans se dilater, se laisse pousser à travers l'inférieure par l'utérus abaissé. D'un autre côté, les ligaments larges, replis presque exclusivement membraneux, ne peuvent guère influer sur la hauteur à laquelle se tient l'utérus; et la facilité avec laquelle ils se déploient durant la grossesse, prouve qu'ils laisseraient facilement glisser la matrice, en se déployant en sens inverse, s'ils étaient seuls chargés de son poids. Quant aux cordons sus-pubiens, il est clair qu'ils s'opposent à un abaissement considérable, et surtout à cette inclinaison en arrière, inévitable dans le deuxième degré du prolapsus. Il faut donc les supposer alors, et à plus forte raison dans la chute complète, allongés par un relâchement maladif; mais dans le simple abaissement, ces cordons ne sont pas tiraillés au delà de ce que permettent leurs dimensions et leur courbure, dont le redressement peut accroître leur longueur. C'est donc dans l'allongement, le relâchement des cordons utéro-sacrés que nous trouvons, en définitive, la seule explication raisonnable du premier degré de prolapsus, allongement qui doit devenir bien plus considérable encore dans les deux autres degrés, puisque l'utérus se porte non-seulement en bas, mais encore en avant. Ces cordons doivent alors disparaître en totalité, leurs fibres charnues s'atrophier, s'effacer, et le repli péritonéal qui les couvre se redoubler pour s'étendre sur les parties voisines.

» Une faiblesse, une gracilité native de ces ligaments, sera donc fréquemment la cause première de ces sortes de déplacements; une distension forcée, et répé-

tée à de nombreuses reprises, produira le même effet. La première de ces explications convient seule aux prolapsus des jeunes filles : rare chez les vierges, il s'y observe cependant ; Degraaf parle de quatre jeunes personnes dont la virginité n'était point équivoque, et qu'il a guéries de prolapsus par les astringents ou le pessaire. Marguerite Malaure, chez laquelle Saviard réduisit une matrice en précipitation complète, « ne s'était jamais connue autrement. »

» Le même chirurgien dit avoir été souvent forcé de soumettre à l'emploi du pessaire des filles et des religieuses, et Mauriceau a vu plusieurs fois la matrice en prolapsus chez des filles, sinon vierges, du moins non mariées ni devenues mères. Mais chez les femmes souvent accouchées, réfléchissez à la distension qu'éprouvent les cordons sus-pubiens dans les progrès de l'ascension utérine, à celle que subissent les utéro-sacrés dans le deuxième temps du travail, alors que le col de la matrice, violemment élargi, est encore poussé fortement en bas, et quelquefois en avant, par la tête du fœtus; ajoutez à cela, d'une part, l'ampliation forcée du vagin et de l'aponévrose pelvienne qu'il traverse, et, d'autre part, le poids, plus considérable, que conserve l'utérus après l'accouchement, et vous aurez un tableau assez complet des causes les plus ordinaires du prolapsus et de ses divers degrés, chez les femmes qui ont eu des enfants. Aussi un prolapsus a-t-il été fréquemment la suite d'une couche pénible ou d'exercices repris trop tôt, c'est-à-dire avant que les ligaments eussent recouvré leur consistance habituelle. Cette pesanteur, jointe à l'élargissement du vagin, à son ramollissement, suffit pour amener les mêmes suites chez les femmes qui abusent du coït, chez celles dont l'utérus est malade, affecté de phlegmasie chronique, de flux leucorrhéïque, de squirrhe, de polypes, etc. La première malade à laquelle M. Récamier enleva l'utérus, avait un prolapsus occasionné par un fongus cancéreux du col. Presque toutes les femmes dont la matrice est engorgée, endurcie, ont, au moins, un premier degré d'abaissement, et dans les premiers mois de la gestation, il y a aussi quelque chose d'approchant.

» La résistance des cordons susdits a été quelquefois vaincue d'une manière subite, sans doute dans des cas où elle était naturellement assez faible : c'est ainsi qu'un effort musculaire, une pression large et violente sur l'abdomen, la commotion produite par un saut, une chute sur les fesses, etc., ont suffi pour donner naissance à un prolapsus, tantôt instantanément complet, tantôt d'abord médiocre, mais plus tard devenu considérable et total même, par une progression plus ou moins rapide. Une vive douleur dans le ventre, dans la région sacrée ou lombaire et vers les aines, signale ordinairement, dans ces cas, la distension violente, peut-être la rupture partielle des cordons.

» Leur résistance est vaincue encore, mais d'une manière lente, par des efforts répétés souvent dans le cas de constipation habituelle ; et nous en avons actuellement sous les yeux un exemple. Enfin elle a cédé aussi, tantôt à une impulsion communiquée de haut en bas par une tumeur assez volumineuse pour peser sur la matrice, assez peu pour pouvoir s'enfoncer avec elle dans l'excavation pelvienne, tantôt à un tiraillement opéré sur toutes les parties molles de la vulve et du voisinage par une énorme tumeur developpée sous la peau du pénil. Nous donnerons plus loin, avec détails, un exemple du premier cas, et nous pourrions y en joindre un second, dans lequel une tumeur de l'ovaire avait amené une descente, ou semi-prolapsus, à l'âge de quarante ans. Quant au deuxième cas, il s'est présenté chez une femme observée par le docteur Wagner (*Bibliot. méd.*, t. XIII, p. 114.). Enfin, une brièveté congéniale du vagin nous a paru une fois la seule cause réelle de la descente, sans doute aussi congéniale ; nous en donnerons ci-après la description » (Boivin et Dugès, *Mal. de l'utérus*, t. I, p. 85.).

M. Moreau expose ainsi la partie de l'étiologie qui se rapporte à l'accouchement.

« Lorsque la chute de l'utérus a lieu pendant le travail de l'enfantement, elle arrive quand les femmes, abandonnées à

elles-mêmes, ou assistées par des personnes peu expérimentées, restent longtemps debout, se promènent, font des efforts violents pour accélérer leur délivrance avant que la dilatation soit suffisante. L'application du forceps, lorsque le col n'est pas complétement dilaté, des tractions inconsidérées sur le cordon, quand le placenta n'est pas détaché, peuvent encore l'occasionner. C'est surtout dans les cinq ou six premières semaines qui suivent l'accouchement, que les femmes sont exposées à ces sortes de déplacements. L'utérus qui a été distendu par le produit de la conception, encore imbibé de sucs, en quelque sorte hypertrophié, a un volume plus grand, une pesanteur plus considérable que dans l'état ordinaire; les ligaments, qui ont été écartés, n'ont repris ni leur consistance, ni leur force habituelle; or, si, d'un côté, il y a plus de poids dans l'organe qui doit être soutenu, de l'autre plus de faiblesse dans les ligaments qui doivent le soutenir, on concevra facilement que telle cause qui, dans l'état habituel de la vie, serait insuffisante pour amener un déplacement, le produit dans les circonstances que nous venons d'indiquer. C'est pour ces motifs qu'on ne saurait trop engager les femmes à garder la position horizontale dans les premiers temps de leurs couches, et à s'abstenir de toute espèce d'efforts pendant les cinq ou six premières semaines qui suivent leur délivrance. Ces considérations et beaucoup d'autres, qui se rattachent à l'état des femmes nouvellement accouchées, étaient sans doute connues du grand législateur du peuple juif, lorsqu'il leur imposa l'obligation de ne sortir de chez elles, de ne se présenter au temple pour se purifier, que quarante jours après leur accouchement. Si nous ne craignions de nous éloigner de notre sujet, en parcourant les lois de Moïse, nous verrions que ce cas n'est pas le seul où ce médecin philosophe, appelé à gouverner un peuple ignorant et superstitieux, sait ériger en préceptes religieux de simples règles d'hygiène. » (T. 1, p. 199.)

Pour peu que les causes soient nombreuses et difficiles à retenir, il est nécessaire de les classer sous des chefs faciles à noter.

M. Vidal établit ainsi la classification des causes du prolapsus.

« Les causes du prolapsus sont de trois ordres: les unes tiennent à un état du vagin et du bassin, d'autres se rattachent aux liens qui fixent la matrice: enfin il est des causes inhérentes à la matrice même; il en est qui sont dans l'abdomen et que j'examinerai ensuite.

» 1° Un bassin large, un vagin avec de grandes dimensions, flasque, disposé lui-même au prolapsus, disposent singulièrement à un abaissement de la matrice. Mais tout n'est pas là, comme semblent le croire les chirurgiens qui n'agissent que sur le vagin pour guérir le prolapsus.

» 2° Comme le mésentère, comme tous les ligaments possibles, ceux de la matrice peuvent être relâchés; leur ressort peut être singulièrement affaibli par des grossesses répétées, par des changements dans la constitution de la femme. Ils cèdent alors peu à peu; ils peuvent aussi fléchir, se laisser distendre tout d'un coup par des efforts, des coups violents sur l'abdomen. Les efforts si souvent répétés pour aller à la selle, quand il y a constipation habituelle, peuvent peu à peu user les ressorts des ligaments de la matrice: d'ailleurs ces ligaments peuvent être naturellement faibles. Cette faiblesse, une gracilité native de ces ligaments expliquent les prolapsus des jeunes vierges dont parle Degraaf.

» 3° Tout ce qui augmente le volume, le poids de la matrice, opère tôt ou tard un changement de situation de la matrice.

» Ainsi les corps fibreux, les cancers, les polypes, les phlegmasies, la moindre lésion du col de l'utérus finit, avec le temps, par amener un changement dans la situation de l'utérus. Il est vrai qu'il est de ces causes qui produisent quelquefois un effet contraire au prolapsus: ainsi comme on voit, au commencement de la grossesse, la matrice s'élever au lieu de s'abaisser, on voit le même organe remonter du côté de l'abdomen dans certains cas de tumeurs fibreuses. Mais ce n'est qu'à certaines périodes de la maladie; dans d'autres la matrice fera comme quand elle porte le produit de la conception, elle s'abaissera. » (Vidal, *pathol. ext.* t. 5.)

Dans la série des causes qui tiennent au

vagin, M. Vidal aurait dû faire mention de sa trop grande brièveté. Voici une observation de prolapsus qui tient selon Madame Boivin à ce vice de conformation.

Obs. 1re. *Descente de matrice due à la brièveté congéniale du vagin.*

« Madame la comtesse de B..., âgée de vingt-cinq ans, d'une constitution sanguine, fut réglée depuis l'âge de quinze ans, à des époques périodiques et avec assez d'abondance. Depuis son mariage, qui date déjà de cinq ans, les règles ont augmenté de beaucoup, et ont pris quelquefois le caractère d'une métrorrhagie. Les rapports entre époux ont été toujours très-douloureux pour Madame de B.., mais le désir d'obtenir des enfants augmentant chaque jour, en raison de la crainte de n'en point avoir, l'acte conjugal était devenu fréquent au point de déterminer plusieurs inflammations successives auxquelles, chaque fois, on avait opposé un traitement antiphlogistique et l'abstinence plus ou moins prolongée de la cause principale de l'accident. On commença enfin à soupçonner que peut-être une disposition particulière des parties s'opposait à la fécondation.

» Je fus appelée en septembre 29, 18 pour constater le fait.

» La jeune dame était à l'approche de ses règles; la grande lèvre du côté droit était rouge, tuméfiée, du volume d'un œuf de pigeon, et très-douloureuse au toucher.

» Cette tumeur se formait habituellement vers l'approche des règles, et disparaissait à la fin de cet écoulement sanguin.

» Le vagin n'avait guère qu'un pouce de longueur, ou pour mieux dire, cette apparence de canal était formée aux dépens des ligaments de la vulve; car le museau de tanche était tout près de la commissure inférieure des grandes lèvres, et pour peu que Madame B. fît un léger effort, l'orifice utérin venait faire saillie au dehors. Lorsqu'on refoulait le museau de tanche, le doigt ne pénétrait guère qu'à un pouce de profondeur, de quelque côté qu'on le dirigeât.

» La violence des efforts exercés dans l'acte conjugal, pour vaincre les obstacles qui s'opposaient à l'entier accomplissement de cette fonction, avait déterminé les accidents précédents, en même temps qu'ils étaient contraires au but que se proposaient les époux.

» Il eût été difficile de me faire entendre à une jeune femme pieuse et pleine de pudeur; je rendis compte de la disposition des parties à son médecin, M. Duméril, qui donna au mari les conseils nécessaires pour rendre sa femme féconde.

» Depuis le mois de juin 1830, les règles n'avaient point reparu; une petite saignée du bras avait été pratiquée vers l'époque où l'on attendait cette évacuation naturelle; et le repos complet, l'usage habituel du canapé, furent, par mes soins, continués jusqu'au 6 septembre. La santé se soutenait à merveille, l'appétit, le sommeil, étaient excellents; je n'avais, du reste, que des présomptions sur l'existence de la grossesse, et le départ de cette famille, peu après la révolution de juillet, m'a laissée dans l'incertitude à cet égard.» (Boivin et Dugès, *Mal. de l'utérus*, t. I, p. 105.)

Caractères du prolapsus de la matrice. Nous allons exposer maintenant les caractères du prolapsus de la matrice, en nous servant de la division dont l'idée, comme nous l'avons dit, a été empruntée à Hippocrate. L'exposition des caractères ainsi faite renferme ce qui a trait à sa symptomatologie, à la marche et au diagnostic de la lésion physique que nous étudions.

1° *Caractères du premier degré.* Dans le premier degré, ou relâchement, les symptômes n'apparaissent point tout à coup, ils ont lieu graduellement; la femme se plaint d'une légère pesanteur vers l'anus et la vulve; elle éprouve des tiraillements dans les aines et dans les lombes; le col de l'utérus, qui est beaucoup plus bas, appuie sur la vagin, pèse sur le rectum ou sur la vessie, irrite ces organes; un écoulement séreux, blanchâtre, ou d'un jaune verdâtre s'établit; il survient de l'anorexie; les digestions sont difficiles; la malade perd son embonpoint, sa fraîcheur. Quand l'écoulement dure depuis un certain temps, si les femmes n'ont pas une grande propreté, la matière de l'écoulement séjourne sur les parties, s'altère, agit comme un corps irritant, et donne lieu à des rougeurs, à

des excoriations, à des ulcérations quelquefois très-rebelles.

Ce premier état pourrait être confondu avec une grossesse commençante, avec un allongement du col, ou avec un polype.

Voici les différences :

Avec la grossesse commençante, l'utérus habituellement plus bas que dans l'état normal, occasionne bien quelque dérangement dans les fonctions, mais ce ne sont pas des accidents.

Quant à l'allongement du col, lequel n'a ordinairement que cinq ou six lignes de saillie dans le vagin, il faut savoir qu'il a chez certaines femmes plus d'un pouce de longueur, et c'est plus commun qu'on ne le pense. Cette cause d'erreur a été d'abord signalée par Lallemand.

Pour éviter de se tromper, on se rappelle que, dans l'allongement du col, l'organe a sa position ordinaire ; il n'y a ni tiraillements dans les aines et les lombes, ni aucun des symptômes de l'abaissement, à l'exception du ténesme ou des envies d'uriner, qu'on peut observer dans l'un et l'autre cas.

Il serait possible à la rigueur de confondre un polype avec l'abaissement ; mais le polype a une forme allongée, il est pédiculé; il s'écoule ordinairement du sang de sa surface ; si on l'explore exactement, on ne trouve pas à sa partie inférieure la fente qu'on remarque sur le col. On explore la forme de la tumeur, et on trouve que le polype a sa grosse extrémité en bas, et le pédicule en haut; c'est le contraire dans l'abaissement. Cependant, dit M. Moreau, nous avons rencontré, en 1832, sur une jeune personne de vingt ans qui nous était envoyée de la province comme étant affectée d'une descente de l'utérus, un polype d'un volume égal dans toute sa longueur, que nous avons enlevé par la ligature. Disons encore que le polype est insensible, tandis que l'utérus est fréquemment douloureux. (Moreau, *loc. cit.*)

D'ailleurs ici le toucher rectal complétera le diagnostic.

Caractères du second degré. Les symptômes du second degré ou de la descente sont, à proprement parler, une exagération de ceux du premier ; de plus, le col apparaît à la vulve, il fait saillie entre les grandes lèvres, ou appuie sur le périnée. L'utérus comprime la vessie, le rectum gêne le cours de l'urine et l'excrétion des matières fécales ; il peut même occasionner une constipation opiniâtre ou une rétention d'urine. Si on porte la main sur l'hypogastre, on peut reconnaître l'espèce de vide que la descente laisse dans l'excavation pelvienne. (Moreau.)

Ici encore on complétera ce diagnostic par le toucher rectal; en effet, s'il y a réellement descente, l'extrémité du doigt introduit dans le gros intestin rencontre un vide où était la tumeur normale formée par l'utérus.

Caractères du troisième degré. « Dans le troisième degré, ou la précipitation, l'utérus fait saillie à l'extérieur des parties de la génération. Tous les signes précédemment décrits sont portés au plus haut point, excepté la difficulté d'uriner et d'aller à la garde-robe, qui ordinairement sont moindres que dans le second degré. Les femmes marchent courbées en avant, ne se redressent qu'avec peine ; l'utérus pend entre les cuisses; sa petite extrémité, dirigée en bas, laisse apercevoir une fente transversale qui est l'ouverture du col. De cet orifice sortent habituellement des mucosités, et du sang à l'époque des règles ; l'organe est recouvert par le vagin retourné, qui contient, non-seulement la matrice et ses annexes, mais souvent la paroi inférieure de la vessie, et quelquefois une portion d'épiploon ou d'intestin. Quand la maladie est ancienne, la membrane muqueuse du vagin perd son humidité, prend une teinte rosée, se dessèche, et offre l'aspect de la peau. En pareil cas, des gens peu instruits ou peu attentifs ont confondu cet état avec l'hermaphrodisme. Saviard a rapporté (1) l'histoire de Marguerite Malaure, condamnée par arrêt des capitouls de Toulouse à porter des habits d'homme, sous peine de punition corporelle. La condition de cette femme était des plus malheureuse. A son arrivée à Paris, en 1693, elle se faisait voir

(1) Recueil d'obs. chirurg. Obs. 15, p. 59, Paris, 1784.

pour de l'argent. Des médecins, mus par la curiosité, allèrent visiter ce prétendu hermaphrodite; ils en parlèrent à Saviard, qui, l'ayant fait conduire à l'Hôtel-Dieu, reconnut l'erreur, réduisit la chute de la matrice malgré son ancienneté, et restitua Marguerite à son véritable sexe; mais il fallut une ordonnance du roi pour lui rendre son état civil.

» Le mal ne se borne pas à ce qui vient d'être dit; avec le temps, des phénomènes plus graves ont lieu. Par suite du frottement des cuisses, des vêtements, du passage de l'urine, des matières stercorales, la périphérie de la tumeur s'enflamme, s'excorie : des ulcérations surviennent, et les femmes sont un objet de dégoût pour elles-mêmes et pour les personnes qui les entourent. Au mois d'octobre 1835, nous avons vu, à six lieues de Paris, avec notre excellent ami M. le professeur Chomel, la femme d'un cultivateur, qui se trouvait dans cette triste position. Dix-huit mois auparavant, nous avions réduit le déplacement de la matrice, qui est maintenant irréductible. Chez cette malade, la précipitation de l'utérus est symptômatique; elle est le résultat d'une hydropisie enkystée de l'ovaire, qui, ayant acquis un volume énorme, remplit tout le ventre, la cavité pelvienne, rejette au dehors le vagin, l'utérus, et de plus, donne lieu à la chute du rectum.

» Dans quelques cas, l'inflammation peut être portée au point de déterminer la gangrène et la séparation de l'utérus. Rousset rapporte, dans son ouvrage *De partu Cæsareo* (1), l'observation d'une femme chez laquelle l'utérus, précipité depuis longtemps, se gangréna et se sépara, en 1574, au moment où cette femme rendait ses urines. La guérison eut lieu par les seuls efforts de la nature; les bords se cicatrisèrent isolément, et il resta une communication de l'abdomen avec l'extérieur. Lorsque cette femme était debout et qu'il faisait grand vent, elle éprouvait une sensation de froid dans le ventre. Sa mort étant arrivée en 1577, pendant l'absence de Rousset, celui-ci obtint du magistrat la permission de faire exhumer le cadavre : à l'ouverture du corps, qui fut faite en présence de plusieurs chirurgiens, on ne trouva, entre la vessie et le rectum, aucune trace de l'utérus, ni de ses annexes, mais une ouverture à travers laquelle on put faire passer sans effort le manche d'un grand scalpel.

» Un renversement complet du vagin, avec épaississement de ses parois, en impose quelquefois pour une chute complète de l'utérus. Morgagni a depuis longtemps signalé cette source d'erreur; il dit qu'un déplacement de cette nature a été décrit et dessiné par le célèbre Guill. Widman, qui le trouva formé seulement par la tunique interne du vagin. Il rapporte encore que des chirurgiens de distinction avaient cru enlever la matrice, tandis qu'ils n'avaient retranché qu'une portion du vagin. Cette disposition pathologique a été observée plusieurs fois sur de vieilles femmes mortes à l'hôpital de la Salpêtrière. Morgagni donne comme moyen de diagnostic, l'introduction d'un stylet dans la fente transversale que présente la tumeur à sa partie inférieure; si le stylet pénètre à une profondeur plus grande que celle de la matrice, c'est une preuve que l'on a affaire à un renversement du vagin. Ce moyen nous paraît de peu de valeur, parce que le stylet peut être arrêté entre le vagin et le col, et ne pas pénétrer dans la cavité de l'utérus. Le volume, la forme, le degré de consistance, la sensibilité de la tumeur, sont des signes plus capables de dissiper l'erreur; l'exploration du vagin avec le doigt, lorsqu'elle est possible, est le moyen par excellence, parce qu'elle fait reconnaître la présence du col à une certaine hauteur. » (Moreau, *Traité pratique des accouchements*, t. I, p. 200.)

Pronostic. Comme on peut s'en convaincre en parcourant toute l'histoire du prolapsus utérin, ce n'est pas là seulement une incommodité, une infirmité, c'est encore une lésion qui peut en amener de plus graves. La lésion physique en effet, le seul fait du déplacement de la matrice, peut lui donner une sensibilité anormale; elle peut alors s'enflammer, être prise en partie de gangrène; enfin des inflammations, des irritations longtemps persis-

(1) Caput 6, historia 2, p. 467. Apud Gynæciorum, etc., Spachii; in-fol. Argentinæ, 1597.

tantes peuvent devenir la cause de lésions profondes, de vraies dégénérescences de tissu. Il est vrai que toutes les fonctions de la matrice ne sont pas toujours complètement empêchées, puisqu'on a vu la fécondation s'opérer à des degrés très-prononcés du prolapsus. Mais la grossesse alors peut ne pas se passer sans orage, et l'accouchement devient une fonction toujours moins naturelle. On verra bientôt que la présence de l'enfant dans la matrice est considérée comme complication.

D'ailleurs, comme le dit M. Moreau, le pronostic varie « selon les divers degrés du déplacement, l'âge du sujet, sa constitution, la configuration du bassin, suivant que la malade est fille ou femme, et qu'elle a eu plus ou moins d'enfants. Toutes choses égales d'ailleurs, il est moins grave, si la maladie est récente, si la femme est jeune, si elle est fille, si le bassin a des dimensions médiocres, si la malade appartient à une classe aisée de la société; enfin, si les secours sont promptement administrés. » (Loc. cit.)

Complications. Ce sont surtout les complications qui aggravent le pronostic. La première des complications que nous avons à signaler vient de l'état de grossesse. La grossesse a lieu quand déjà le prolapsus existait ou bien la grosesse est antérieure au prolapsus. Alors celui-ci peut donner lieu à des accidents; par exemple, si la matrice développée par la grossesse vient dans sa chute comprimer l'urètre, il y aura une rétention d'urine qui, si elle n'est pas combattue, donnera lieu aux accidents les plus graves.

Chez une malheureuse femme qui se trouvait dans ce cas, la cause de la rétention d'urine n'ayant pas été reconnue par le praticien qui lui donnait des soins, il s'accumula jusqu'à vingt livres d'urine dans la vessie.

On conçoit qu'un prolapsus réduit et contenu pendant assez longtemps peut faire supposer raisonnablement une guérison. On conçoit encore qu'un pareil prolapsus peut se reproduire par le fait de la grossesse ; on sait que dans l'étiologie on doit tenir compte de l'engorgement de la matrice, du poids quelle acquiert par un abord plus considérable de sang. La grossesse produit le même effet. Il est facile de comprendre l'influence de l'accouchement dans la reproduction du prolapsus, car ici au poids de la matrice se joignent les efforts nécessaires à l'expulsion de l'enfant, efforts qui tendent aussi à produire une espèce d'expulsion de la matrice.

Quelquefois le prolapsus a lieu au moment même de l'accouchement, sans qu'il y ait eu le moindre abaissement antérieur. Mais pour donner à de pareils faits une véritable valeur scientifique, il faudrait que les femmes eussent été bien explorées avant l'accouchement et même avant la grossesse.

« D'autres fois la matrice est restée partie dans le bassin, partie dehors, jusqu'à la fin de la grossesse; telles sont 1° l'observation de Wagner, où, comme nous l'avons dit, la matrice avait été entraînée par une tumeur énorme du mont de Vénus, et 2° celle que Chopart a conservée, et dont il a été déjà fait mention plus haut. La gêne, en pareil cas, devait être grande, et cependant les unes et les autres de ces gestations ont eu une heureuse terminaison à l'aide des secours de l'art réunis aux efforts naturels, même sans obtenir une réduction devenue impossible. Cette réduction eût été obtenue peut-être chez la femme dont a parlé Reinick, sous la présidence de Kulm (1). Mauriceau (2) l'a opérée au terme de quatre et de cinq mois, et un chirurgien nommé Giroud y est, dit-on, parvenu dix jours seulement avant l'accouchement. Au contraire, une observation de M. Capuron prouve que la matrice peut cesser d'être réductible après les premiers mois de la grossesse. Une autre publiée par le même praticien, démontre que la gêne et la douleur qui résultent de cette irréductibilité peuvent amener l'avortement à mi-terme. (Boivin et Dugès, t. I, pag. 93.)

Traitement. Comme pour les déplacements des organes contenus dans l'abdomen et le bassin, il y a ici un traitement *curatif* et un traitement *palliatif*. Si on se rappelle l'exposé des causes surtout tel qu'il a été fait par M. Vidal que nous avons cité, on verra combien de condi-

(1) Disput. Haller, t. III, 4 L. C.
(2) Obs. 67 et 95.

tions il faudrait remplir pour obtenir une cure radicale d'une descente de matrice. Cette lésion de situation, en effet, peut être due à un relâchement des ligaments utérins, à une augmentation du poids de l'utérus, à des tumeurs de l'abdomen et à d'autres maladies des organes contenus dans cette cavité; enfin à une trop grande ampleur du bassin, à de trop grands diamètres du vagin, et au relâchement de ce canal. Or, c'est seulement sur cette dernière cause que les opérateurs dirigent leurs efforts quand ils veulent obtenir une cure radicale du prolapsus utérin! Nous verrons plus tard les résultats qu'ils obtiennent.

Cure palliative. La cure *palliative* consiste dans la réduction de l'organe déplacé, dans la position, et souvent l'application de moyens qui empêchent mécaniquement la descente de la matrice; ces moyens sont les pessaires dont il sera traité plus tard; l'action des pessaires peut être aidée par des moyens qui s'adressent à la vitalité des parties pour les tonifier. Nous commencerons par donner les préceptes de la cure palliative, parce que c'est celle qui est le plus souvent employée, celle, nous osons le dire, à laquelle la plupart des meilleurs praticiens se bornent.

Dans tout déplacement, il faut commencer par replacer les parties et s'occuper plus ou moins immédiatement de l'emploi des moyens qui peuvent empêcher la reproduction du déplacement. Il est facile de comprendre que cette double indication implique des indications secondaires qui tiennent au degré de déplacement, à son état de plus ou moins grande simplicité, à la nature, à la gravité, à l'ancienneté aussi du déplacement, etc. A la rigueur on peut se dispenser des pessaires et se contenter de la position quand le déplacement est à son premier degré, quand la femme est jeune, d'une bonne constitution. Alors, en effet, le prolapsus se présente sous la forme la plus simple, et la réduction est on ne peut plus facile. Il ne faudra cependant jamais oublier d'éloigner les causes aggravantes, et on fera bien, dans le plus grand nombre des cas, de joindre à la position quelques injections fraîches et légèrement astringentes.

Voici le procédé de réduction de la matrice en prolapsus : La femme est couchée sur le dos, les jambes fléchies sur les cuisses et les cuisses sur le bassin, la tête est portée un peu en avant et le siége plus relevé que le dos. Un coussin sera donc passé sous les fesses. On repoussera la matrice en dirigeant cette espèce de taxis de manière que la force soit dans la direction d'abord de l'axe du petit bassin, puis on repoussera la matrice directement en haut. Si l'organe est en partie dehors, on l'enveloppera d'une compresse, on exercera sur lui de douces pressions, et jamais on n'usera de violence, soit pour hâter la réduction, soit sous tout autre prétexte. On prévoit que la réduction d'une matrice qui n'a pas franchi l'orifice vulvaire du vagin sera beaucoup plus facile que la même manœuvre appliquée à une matrice dont le prolapsus est complet, surtout quand il est ancien, avec complication de duretés du vagin et quand la matrice, dans sa chute, a entraîné une anse plus ou moins considérable d'intestin et de l'épiploon en quantité. C'est alors qu'il faut des ménagements, qu'il est important de se *hâter lentement.*

C'est à tort que le praticien s'arrêterait devant des engorgements, des rougeurs, des ulcérations superficielles. Ce sont ordinairement là des effets du prolapsus, effets que la réduction détruit. Boyer, craignant que ces irritations, ces ulcérations n'amènent des adhérences plus tard, conseille d'enduire le vagin d'un corps gras pour empêcher l'union de ses parois sur les points où le pessaire ne les écarte pas.

Après la réduction de l'utérus il y a encore une thérapeutique à faire outre la thérapeutique chirurgicale; c'est la thérapeutique des complications. En effet, si avec la chute il y a plus ou moins d'engorgement de l'utérus, surtout si cet engorgement a un caractère aigu, outre les injections émollientes, le repos, la position horizontale, on devra employer les émissions sanguines par la lancette, si la malade est forte et jeune, si la réduction s'est prolongée, a été difficile, et si, après qu'elle a été opérée, la femme se

plaint d'un poids et de chaleur du côté du rectum, dans le bassin. Des sangsues appliquées à l'anus peuvent remplacer la saignée, quand la malade n'est pas très-forte; elles peuvent lui être adjointes si la malade est au contraire pléthorique et jeune.

Trop souvent on se hâte d'employer les injections d'eau froide ou mêlées à du gros vin, les injections d'eau blanche, celles de roses de Provins. Ces moyens sont excellents quand les femmes sont âgées, molles, lymphatiques, quand elles ont un vagin qui a été distendu par des accouchements trop souvent répétés, on peut même alors se servir avec avantage de la décoction de tan, d'écorce de quinquina; de racine de ratanhia, d'écorce de grenadier et d'une décoction très-concentrée de feuilles de noyer. Mais quand la malade se trouve dans des conditions opposées, quand elle est jeune, quand ses organes génitaux ne sont ni trop fatigués ni trop relâchés, et surtout quand il y a eu la moindre congestion inflammatoire, il vaut mieux commencer par les moyens doux, par les émollients, et quelquefois par les émissions sanguines, que d'avoir recours à ces moyens dits toniques ou astringents, qui pourraient augmenter la congestion. C'est alors surtout qu'on se rappellera que dans les causes du prolapsus figurent les congestions de l'utérus, qui, devenant plus lourd, a alors beaucoup plus de tendance à descendre et à tomber.

Quand les premières indications auront été remplies, et pour prévenir les récidives, on usera des bains froids en été. Les bains de mer pourront avoir un grand succès, ainsi que les douches avec les eaux de Plombières. On combinera ces eaux avec celles de Barèges quand elles auront été administrées seules pendant quelque temps. On les dirigera dans le vagin, sur le col même de la matrice, par le moyen du speculum, selon la méthode de M. Vidal. Les douches seront aussi dirigées sur les aines, sur les trajets inguinaux, sur les lombes.

Selon M. Moreau, la grossesse est un *bon* moyen pour prévenir le retour du prolapsus et y remédier. Si la femme, par son âge, peut encore avoir l'espérance de devenir mère, le médecin peut lui conseiller de le tenter. Mais pendant les quatre premiers mois de la grossesse la femme gardera le repos le plus absolu dans la position horizontale. En effet, jusqu'à cette période de la grossesse, l'utérus n'a pas encore assez de volume pour rester au-dessus du détroit abdominal du bassin, aussi l'organe plonge-t-il avec facilité dans l'excavation, dans le petit bassin. Après le quatrième mois, et quand la grossesse avance, l'utérus s'engage moins dans l'excavation pelvienne. On peut alors permettre à la femme de se lever.

Comme on le pense bien, une femme dans cette situation, c'est-à-dire enceinte et ayant déjà eu un prolapsus, nécessite des soins particuliers et pendant toute sa grossesse et pendant l'accouchement. Peut-être même conviendrait-il mieux de conseiller à une pareille femme de ne pas tenter de devenir mère; cependant, comme des praticiens recommandables ont donné ce conseil, comme M. Moreau, entre autres, le répète et l'appuie de raisonnements qui lui ont paru justes, nous avons noté cette partie de la thérapeutique du prolapsus utérin.

Traitement curatif. En parlant du traitement palliatif, nous avons nécessairement fait mention des moyens qui peuvent être complétement curatifs. Aussi quand le prolapsus tient à un engorgement de la matrice, les moyens que nous avons déjà proposés pour combattre cet engorgement, ces moyens peuvent devenir curatifs. Ici, comme pour les hernies, la position et les moyens mécaniques employés pour empêcher l'organe de se déplacer, ces moyens, que nous avons rangés parmi les moyens palliatifs, peuvent devenir curatifs. Aussi, comme nous l'avons dit, il est beaucoup de praticiens qui s'en tiennent à cette thérapeutique qui est, selon nous, la plus sage.

Mais il est d'autres praticiens qui ne s'en contentent pas; ils invoquent ici la médecine opératoire; ils ont conçu et exécuté, ils concevront et exécuteront encore des opérations plus ou moins dangereuses pour remédier complétement à une infirmité souvent *complétement* incurable.

Les opérations sur le vagin sont celles qu'on a surtout employées; elles ont séduit plusieurs chirurgiens habiles et même des praticiens qui n'ont pas l'habitude de faire preuve d'une grande audace en chirurgie. Ainsi on verra par le passage suivant que M. Moreau croit à l'indication et au succès de ces opérations : « M. Marshall-Hall a guéri, il y a quelques années, une descente de matrice, en enlevant à la membrane muqueuse du vagin une lanière d'un pouce et demi de largeur dans toute la longueur du canal ; la plaie fut réunie par des points de suture. Cette opération a été couronnée de succès. Depuis, MM. Velpeau et A. Bérard en ont pratiqué de semblables avec le même bonheur. » (Moreau, *Traité pratique des accouchements*, tome I, page 209). Si Marshall-Hall a eu le même bonheur que les deux chirurgiens français qui viennent d'être cités, on peut considérer son bonheur comme un insuccès, c'est-à-dire comme une récidive, car c'est ce qui est arrivé aux malades opérées par MM. Velpeau et A. Bérard. Voici ce que pense M. Vidal de la médecine opératoire appliquée au traitement du prolapsus utérin :

« Les hommes qui n'ont aucun penchant pour les illusions chirurgicales, qui pensent qu'on ne doit jamais faire acheter au prix de dangers réels la guérison d'une infirmité, savent que le traitement curatif n'est autre chose que le traitement palliatif longtemps continué. Ainsi, la position horizontale longtemps gardée, un pessaire bien fait qui soutient bien la matrice, des injections vaginales astringentes, toniques et froides en été : voilà seulement ce qu'on devrait se permettre, quand on est appelé à traiter un prolapsus utérin. On a voulu aller plus loin ; on a voulu opérer, et c'est le vagin qu'on a attaqué, parce qu'on ne pouvait guère agir que sur lui. C'est peut-être cette raison qui fait considérer le relâchement du vagin comme la seule cause du prolapsus par certains chirurgiens dont la logique n'est pas plus difficile que cela.

» Quand parut le livre de madame Boivin, sur les maladies de l'utérus (1833), je fus chargé d'en faire l'analyse dans le Journal hebdomadaire. Il était question, dans ce livre, de l'opération de Marshall-Hall, qui disait avoir guéri un prolapsus de l'utérus en enlevant une lanière d'un pouce et demi de largeur à la membrane muqueuse du vagin, dans toute la longueur de ce canal. J'avançai alors que les opérations qui tendaient à rétrécir le vagin échoueraient, parce que la cause des prolapsus était le plus souvent ailleurs ; je dis qu'on ne serait pas plus avancé en oblitérant le vagin qu'en le rétrécissant. Je donnai les raisons des insuccès que je prévoyais ; mais il y a une chirurgie qui n'écoute pas toujours les raisons, c'est la chirurgie expérimentale. Elle a donc expérimenté ; non-seulement elle a enlevé des portions du vagin avec le bistouri, mais elle a cherché à opérer des pertes de substance par une certaine suture qui étrangle, et par les caustiques potentiels et actuels. Les résultats ont été ceux que j'avais prévus. La matrice est restée, pendant quelque temps, à sa place, parce que les suites de l'opération ont obligé la malade à conserver quelque temps la position horizontale, puis le prolapsus s'est reproduit. M. Velpeau a bien voulu, dans sa *Médecine opératoire*, revendiquer en faveur de notre France, la première idée de ces opérations. On doit, sans doute, savoir gré à ce chirurgien de sa bonne intention ; mais il eût mieux valu pour la chirurgie française qu'on laissât à Marshall-Hall la satisfaction d'avoir eu, le premier, une si belle idée !

» D'ailleurs, avec l'ampleur du vagin, il y a souvent des diamètres trop considérables du bassin. Comment rétrécirez-vous ce canal osseux ? Je concevrais plutôt des chirurgiens qui s'adresseraient directement à la matrice et qui, la trouvant hypertrophiée, lui feraient éprouver une perte de substance plus ou moins considérable ; elle serait alors moins lourde et moins disposée par conséquent à tomber. La pensée peut aller jusqu'à une pareille opération ; la pratique doit toujours s'en abstenir. Quand on a reconnu qu'il y a réellement un engorgement de l'utérus, on doit plutôt chercher à le diminuer par de petites saignées souvent répétées, par des applications de sangsues à l'anus, à la vulve et même sur le col de l'utérus.

» En suivant cette pratique, j'ai beaucoup amélioré un prolapsus qui remplissait d'amertume la vie d'une malheureuse dame. Il y a une pratique qu'on ne manquera pas de proposer quand on aura, comme moi, la conviction de l'influence qu'exercent sur le prolapsus les ligaments de la matrice; on proposera, un jour, de faire une espèce de ténotomie de ces liens. On passera par l'hypogastre, par l'aine, par le vagin, peu importe, on cherchera à couper, à exciser peut-être ces ligaments pour qu'en se raccourcissant ils fassent remonter la matrice!!! » (Vidal, *Traité de pathologie externe*, tome v, page 384.)

ARTICLE IX.

Antéversion de la matrice.

Cette lésion de situation de la matrice n'a été réellement bien connue que dans le siècle dernier, et c'est le fait d'erreur de diagnostic commis par Levret et avoué d'une manière si franche par ce célèbre accoucheur, c'est ce fait qui commence réellement l'histoire scientifique du déplacement en avant de l'utérus; aussi transcrivons-nous tout d'abord les détails de l'observation de Levret tels qu'on les trouve dans le *Journal de médecine et de chirurgie*, etc., tom. LIX. Janvier 1783, pag. 35 et suivantes.

Obs. 1re. « Aucun des auteurs qui sont parvenus à ma connaissance, n'en a même fait mention; je l'ai d'abord méconnue moi-même, comme bien d'autres, mais l'ouverture du corps d'une femme, morte à la suite d'une taille qui lui fut faite dans le dessein de la délivrer d'une pierre que l'on croyait chatonnée dans la vessie, me dessilla les yeux; en effet, on trouva la matrice située en travers dans le bassin, son museau appuyant sur la partie moyenne du rectum, et le haut de la partie antérieure de son corps sur le bas-fond de la vessie faisant bosse au dedans de ce viscère, en y repoussant ses tuniques, bosse que l'on avait prise du vivant de cette infortunée pour une pierre chatonnée qu'on ne pouvait toucher à nu avec la sonde: on avait d'autant plus aisément été induit en erreur alors, qu'au dire de toutes les personnes que cette malade avait appelées à son secours, elle avait la plupart des symptômes de la pierre. On fit des recherches sur le cadavre pour trouver la cause de ce déplacement, et on n'en put reconnaître d'autre qu'un engorgement peu considérable dans la propre épaisseur de la paroi antérieure du corps et du fond de cet organe; les ligaments ronds étaient plus gros et plus courts qu'ils ne devraient l'être naturellement.

» Je fis diverses questions aux assistants pour m'instruire du commencement et de la durée de cette maladie; le peu que j'en pus apprendre fut que cette femme, dont l'âge était de trente ans, n'avait jamais été bien réglée; qu'il y avait plus de dix ans, qu'après une chute sur les genoux, elle s'était plainte de difficultés d'uriner et d'aller à la selle, et que, quoiqu'elle n'eût pas eu d'enfants, on l'avait souvent crue grosse, tant par le dérangement de ses règles que par les douleurs qu'elle avait toujours plus ou moins fortes dans le bas-ventre, surtout lorsqu'elle restait longtemps debout. »

M. Vidal commence ainsi son paragraphe sur l'antéversion. Cette citation donnera déjà une idée du mécanisme de ce déplacement de l'utérus.

« J'ai déjà avancé qu'après les grands changements éprouvés par la matrice, dans certaines phases de la vie de la femme, il était rare qu'elle pût conserver ses rapports naturels. En même temps, qu'il monte ou qu'il descende, cet organe s'incline toujours plus ou moins, ce qui constitue les obliquités remarquables, surtout pendant la grossesse. Si pendant cet état, c'est l'obliquité à droite qui a lieu le plus souvent, c'est celle en avant qui est la plus fréquente pendant l'état de vacuité de ce viscère. Cette obliquité, qui n'est qu'une exagération de celle qui est naturelle à la matrice, est toujours liée au prolapsus commençant; elle est, pour ainsi dire, habituelle: aussi ne cause-t-elle aucun dérangement notable dans les commencements, et beaucoup de femmes ont un commencement d'antéversion dont elles ne se plaignent pas. » (*Pathol. ext.* tome v, page 771.)

Dans ce passage emprunté à M. Vidal, on voit qu'il considère l'antéversion comme plus fréquente que la rétroversion, dont

nous nous occuperons dans le prochain article.

Mme Boivin et Dugès étaient du même avis que le chirurgien de l'hôpital du Midi, puisqu'ils disent, au début de l'article *antéversion*, que c'est un des plus communs parmi les déplacements de la matrice. (*Boiv. et Dug.* tome I, p. 115.)

M. Moreau considère au contraire la *rétroversion* comme plus fréquente que l'antéversion. Il paraît donc en opposition avec les trois auteurs que nous venons de citer; mais il est probable qu'il n'y a ici qu'une contradiction apparente. Mme Boivin, Dugès et M. Vidal entendent parler sans doute de l'antéversion à son premier comme à tous ses degrés, comme à ceux qui constituent un accident. M. Moreau, au contraire, paraît ne tenir compte que de l'antéversion produisant des accidents réels. Il est évident alors que ce déplacement à ce degré est moins fréquent que la rétroversion au même degré.

Causes. Dans l'étiologie de l'antéversion, on doit trouver nécessairement des éléments qui se rapportent aux autres déplacements, c'est-à-dire au prolapsus et à la rétroversion. Ainsi, dans les causes prédisposantes, on trouve la mobilité de l'organe, la laxité de ses ligaments; parmi les causes déterminantes, les efforts de tout genre doivent nécessairement jouer un rôle important. Ainsi, dans un cas rapporté par Chopart, on voit les efforts de vomissement figurer parmi les causes déterminantes. Desgranges, dans *le Journal de médecine, chirurgie et pharmacie* (Janvier 1783) parle d'une antéversion qui succéda à des pressions réitérées que la femme, ouvrière en soie, exerça avec le pied, sur *l'ensouple* de son métier. Dans deux cas cités par Levret, on voit l'antéversion s'opérer graduellement et, comme on le dit, sans cause appréciable. Mais les causes qui sont les plus puissantes, les forces qui produisent le plus souvent ce déplacement, sont celles qui agissent dans une certaine direction; ainsi les efforts qui sont dirigés d'arrière en avant, la rétraction passagère ou permanente des ligaments ronds, l'engorgement de ces ligaments, toutes causes qui portent le corps de la matrice en avant. La plus puissante, selon nous, est l'engorgement de l'utérus, surtout celui qui a lieu à la paroi antérieure du corps de cet organe. Sur douze cas d'antéversion cités dans une thèse soutenue par M. Ameline, on trouva neuf cas causés par l'engorgement de l'utérus. (*Thès. de Paris.*)

Les causes qui portent le col de l'utérus en arrière peuvent amener le même résultat que celles qui portent le corps en avant. Ainsi dans la même thèse de M. Ameline il est question d'un cas communiqué à l'auteur par Mme Leyraud, lequel cas prouverait que l'antéversion peut être due à des adhérences du museau de tanche à la paroi postérieure du vagin. L'antéversion fut incurable et fut suivie de l'atrophie du corps de l'utérus. Nous engageons le lecteur à lire cette observation avec réserve. Nous croyons pouvoir nous dispenser de transcrire aussi l'observation de Mme Boivin qui se rapporte à la même cause de l'antéversion, car elle est intitulée : *Antéversion de l'utérus causée par adhérences anormales* et rien ne prouve le moins du monde l'existence de ces adhérences. Voyez pour plus de sûreté l'observation sous le numéro 3 de Mme Boivin, tome I, page 134.

Les observations rapportées dans le même ouvrage et qui ont trait aux engorgements de la matrice comme causes d'antéversion nous paraissent plus importantes. Nous allons citer d'abord celle par laquelle Mme Boivin veut prouver l'antéversion causée par l'engorgement de la partie antérieure du corps de la matrice.

Obs. 2. *Antéversion avec gonflement de la paroi antérieure de l'utérus.* » Madame Dej. (7 décembre 1830), âgée de cinquante ans, mère de plusieurs enfants mariés, se plaint, depuis quelques années, de pesanteur, de tiraillements dans les aines, dans la région du sacrum, et dans la fosse iliaque gauche. Cependant cette dame, très-blonde, d'un tempérament lymphatique, et quoiqu'ayant beaucoup d'embonpoint, a conservé une grande vivacité; elle voyage souvent en voiture, se promène à pied sans en éprouver un mal remarquable; mais son attention étant réveillée par l'état déplorable où se trouve une de ses sœurs près de succom-

ber à un horrible cancer de l'utérus, elle est venue nous consulter.

» Nous avons trouvé l'utérus renversé en avant; son orifice porté en arrière, un peu tuméfié, était sain. (Madame Dej. était à la veille de ses règles), mais en ramenant le doigt derrière le pubis et en devant de la paroi antérieure de l'utérus, je remarquai une tumeur du volume de la grosse extrémité d'un œuf; plus de doute sur la cause du déplacement de l'utérus et sur l'afflux plus abondant du sang dans l'organe.

» Cette dame à qui nous fîmes part de cette découverte, nous dit que deux praticiens réputés, à l'examen desquels elle s'était tout récemment soumise, ne lui avaient parlé de rien de semblable. Il n'est pas étonnant que ces tumeurs, lorsqu'elles sont d'un petit volume, échappent à l'attention d'un explorateur, préoccupé de l'état du col de l'utérus seulement. J'ai vu faire de ces examens dans lesquels on se bornait à promener le doigt autour du museau de tanche; et c'est sur une exploration aussi superficielle que l'on prononçait qu'il n'y avait rien; tandis qu'en portant successivement son attention sur tous les points de l'appareil génital, on eût bientôt découvert la véritable cause des douleurs et autres phénomènes morbides dont se plaignait le sujet.» (Boivin et Dugès, *Maladies de l'utérus*, t. I, pag. 124.)

Madame Boivin appelle cette cause de prolapsus gonflement; mais que de maladies peuvent donner lieu à un gonflement! Ce gonflement s'est-il facilement amoindri par la réduction de l'organe ou par l'emploi des moyens thérapeutiques? Nous l'ignorons; car l'observation de Madame Boivin se termine brusquement sans indication des moyens employés. Cette observation a cependant un degré d'utilité; elle montre la nécessité de ne pas borner l'examen au col de l'utérus, comme le font trop souvent les chirurgiens.

L'observation qu'on va lire est plus importante au point de vue pratique. On voit ici des causes agir, s'enchaîner pour déterminer l'antéversion, savoir la chute de la femme, l'engorgement de toute la matrice qui a pris un caractère inflammatoire, puisque Dugès et Madame Boivin ont pu considérer l'état de l'utérus comme un degré de métrite. Enfin on voit les émollients, le traitement antiphlogistique triompher et rendre inutiles les moyens physiques pour guérir une maladie que trop de médecins considèrent comme entièrement physique.

Obs. 3. *Antéversion avec engorgement de tout l'utérus.* Une jeune dame accouchée naturellement d'un premier enfant, ressentit durant ses couches quelques douleurs dans la région de l'utérus; ces signes d'une métrite légère et prolongée au plus une quinzaine de jours, avaient totalement disparu depuis plusieurs semaines, lorsque, dans un effort pour sauter un escalier, survint un sentiment de pesanteur vers le bas du ventre; bientôt cette pesanteur fut assez douloureuse pour nécessiter un repos complet et l'emploi des antiphlogistiques. Le soulagement fut cette fois moins rapide, cependant il ne restait plus que de la pesanteur, quand la malade entreprit un voyage de six lieues, dans l'espérance de compléter sa guérison; il en résulta, au contraire, une aggravation telle qu'on se décida à nous consulter. Les douleurs n'étaient pas fortes, mais il y avait beaucoup de tiraillements dans les lombes et le sacrum, plus une pesanteur désagréable du côté du rectum, et bien plus encore de la vessie, quand la jeune dame était debout : aussi était-elle fréquemment forcée de rendre des urines chaque fois peu abondantes. Ces symptômes diminuaient, sans cesser totalement, quand la malade était au lit ou sur une chaise longue; mais elle conservait toujours alors les épaules et la tête élevée; je m'assurai qu'en soulevant au contraire le bassin par un coussin glissé sous le sacrum, et soutenant la tête au moyen d'un seul traversin, tout sentiment de pesanteur et de tiraillement cessait, ne laissant à la malade qu'une gêne intérieure, une douleur sourde et méritant à peine ce nom. Cela tenait à l'inflammation chronique du viscère que nous trouvâmes universellement gonflé, dur et sensible à la pression, plus bas en totalité que de coutume : il s'inclinait surtout aisément quand cette personne relevait le haut du tronc, mais on le redressait facilement,

quand elle conservait une situation bien horizontale. Cette situation fut gardée pendant près de six semaines, et l'on employa, en outre, les sangsues au pli des aines, les bains, les lavements émollients, les fomentations, etc., moyennant quoi le rétablissement fut alors complet, et nul secours mécanique ne devint nécessaire pour maintenir l'organe dans sa direction normale.

Nous allons transcrire une observation détaillée qui prouve les difficultés pratiques quand il est question de traiter et de guérir complétement une antéversion de l'utérus qui n'est pas simple; car ici plusieurs causes ont agi pour rendre si opiniâtre la lésion utérine.

Obs. 4. Mme ***, tempérament nerveux, bien constituée, réglée dès l'âge de quatorze ans, éprouva, avant son mariage, une leucorrhée légère et habituelle, qu'elle ne combattit par aucun remède: mariée en 1815, et devenue enceinte, elle n'éprouva d'autre accident qu'un écoulement habituel de flueurs blanches, qui devint beaucoup plus considérable pendant les trois derniers mois de sa grossesse. Elle accoucha en 1816, trois semaines plus tôt qu'elle ne s'y attendait. Madame *** allaita son enfant pendant sept mois, au bout desquels la sécrétion du lait se trouva supprimée par suite de fatigues et d'inquiétudes. La leucorrhée fut accompagnée à la fin de mai 1824, de douleurs abdominales assez vives et d'un dérangement dans la menstruation. Un médecin qu'elle consulta, lui déclara qu'elle avait une antéversion et un engorgement considérable de l'utérus. Il prescrivit des injections avec une décoction de bourgeons de murier; puis essaya de rétablir la matrice dans sa direction, au moyen d'éponges introduites dans le vagin, et qui étaient retirées tous les deux jours pour être nettoyées. Une colique survenue le sixième jour de ce traitement, le fit suspendre: repris de nouveau quelques jours après, il donna lieu à des douleurs hypogastriques très-vives. Application de dix-huit sangsues aux parties génitales, repos au lit, demi-bains tous les jours pendant un mois. Les coliques et les douleurs abdominales cessèrent. Six jours après, les éponges furent employées pour la troisième fois. Au mois de septembre, le médecin de madame lui déclara que la matrice était à peu près rétablie dans sa position naturelle, et que l'on ne pourrait continuer l'emploi des éponges sans s'exposer à irriter l'organe; elle partit alors pour la campagne où, pendant neuf mois, elle fit des injections avec du vin étendu d'eau. Madame *** vint à Paris au mois de juin 1825: elle passa ensuite en Angleterre, d'où elle revint à la fin de décembre même année. Les fatigues occasionnées par ces voyages, renouvelèrent le déplacement de l'utérus. M. Rayer et madame Boivin reconnurent que le corps de cet organe était au centre du vagin, sur lequel il était appuyé. Lorsque la malade était couchée, la situation de l'utérus restait la même: ce viscère paraissait plus volumineux que dans l'état naturel, ce qui pouvait dépendre de ce que l'époque des règles était prochaine. Une pression même assez forte ne déterminait aucune douleur au col de la matrice. Cet organe était mobile, et, lorsqu'il était repoussé en haut et en arrière, son col était ramené en avant. La région hypogastrique était peu douloureuse: la malade se plaignait seulement d'éprouver des douleurs et des tiraillements dans les reins, des envies fréquentes d'uriner, et une leucorrhée abondante qui devenait sanguinolente quatre ou cinq jours avant l'apparition: madame *** prit, pendant l'espace de deux mois, trente douches gélatino-sulfureuses ascendantes; au bout d'un mois et demi, la leucorrhée avait entièrement cessé, l'utérus avait repris sa situation naturelle, ce qui fut constaté par madame Boivin.

A la suite d'un nouveau voyage en Angleterre, l'antéversion et la leucorrhée reparurent accompagnées de douleurs hypogastriques et d'une gastro-entérite chronique: M. Rayer, jugeant l'emploi d'un pessaire indispensable, voulut, avant d'entreprendre la réduction de la matrice, que les inflammations chroniques de l'intestin et de l'utérus eussent disparu. Un régime rafraîchissant, un grand nombre de bains tièdes, la diète lactée, l'application, de temps à autre, pendant la nuit, de cataplasmes sur l'abdomen, amenèrent, au bout de deux mois, la

disparition presque complète de l'irritation gastro-intestinale, et la cessation d'une douleur habituelle qui avait son siége dans la fosse iliaque droite; mais la leucorrhée fut à peine diminuée. A la fin du mois de septembre, la matrice fut réduite et maintenue au moyen d'un pessaire dont la présence dans le vagin ne détermina point de douleurs, mais rendit la leucorrhée plus abondante. Au bout d'un mois et demi de l'emploi de ce moyen, la matrice avait repris sa direction naturelle. Madame *** n'est plus sujette, depuis cette époque, à des pertes séro-sanguinolentes, qui précédaient et suivaient la menstruation : mais elle a encore des flueurs blanches. Cette dame fait peu d'exercice et passe quelquefois plusieurs heures du jour sur son canapé.

Voici maintenant les réflexions faites par Mme Boivin et Dugès sur cette observation.

« M. Rayer, en rédigeant cette observation, a omis une circonstance qui n'était point à dédaigner. C'est que cette dame, veuve et qui s'était remariée depuis peu d'années, n'avait point encore eu d'enfants avec son second mari, malgré les fréquents efforts qu'il faisait pour en obtenir : cette fréquence pouvait bien être une des causes principales des accidents qui se sont succédé chez elle. » (Boivin et Dugès, *Maladies de l'utérus*, t. I, p. 125.)

Quant à nous, notre intention en citant ce fait en entier, a été non-seulement de prouver que l'antéversion peut être due à l'engorgement de la matrice, mais que cette maladie réclamait dans son traitement et des moyens physiques, et des modificateurs qui s'adressent à la vitalité de l'organe malade.

Symptômes et marche. L'utérus affecté d'antéversion, au lieu d'avoir son grand diamètre dans la direction des axes du bassin, a une direction complétement opposée; en effet, son plus grand diamètre se trouve précisément à la place où se trouvait son plus petit diamètre, c'est-à-dire, entre la vessie et le rectum. Ces deux organes doivent donc éprouver des modifications dans leurs fonctions : le premier par la pression exercée sur lui par le corps de la matrice, le second par la même action exercée par le museau de tanche. Aussi tous les auteurs font mention d'un sentiment de pesanteur du côté de la vessie et du côté du rectum. Cette pesanteur, la gêne rapportée à ces organes, la pression exercée sur la vessie par le corps de l'utérus peuvent avoir deux effets qui semblent opposés, et qui sont cependant liés à la même cause, mais agissant différemment. Ainsi, si la pression a lieu sur le corps de l'organe, et modérément, il peut y avoir des émissions fréquentes d'urine; tandis que l'antéversion devenant plus forte, c'est-à-dire, la matrice pressant davantage la vessie, et son corps descendant davantage vers le col de la vessie, vers l'urètre, peut les comprimer au point de produire une rétention d'urine.

Voici d'ailleurs les détails symptomathologiques les plus importants. Douleurs sourdes à la région hypogastrique avec pesanteur au fondement, et les lésions de fonction de la vessie et du rectum qui viennent d'être indiquées. Du côté de la vessie, il y a ceci de remarquable, c'est qu'avec le besoin fréquent d'uriner il y a difficulté de satisfaire à ce besoin. Il s'opère, comme on le pense bien, des changements dans les symptômes, selon la position de la malade, selon qu'elle est couchée ou qu'elle se tient debout. Ainsi si la femme est dans la position horizontale, qu'elle soit sur le dos ou sur le côté, il y a soulagement, car les muscles abdominaux sont relâchés. Quand la malade se lève, qu'elle se met debout, il lui semble qu'un corps lourd tombe derrière le pubis; c'est alors que se manifestent surtout les envies et les difficultés d'uriner dont il a été question, et si, comme cela arrive parfois, le jet d'urine est interrompu et saccadé, on peut croire à la présence d'une pierre dans la vessie, et cette erreur de diagnostic n'est pas toujours complétement dissipée par le cathétérisme, s'il n'est pas fait avec soin et par une main exercée. Car la sonde introduite dans la vessie trouve réellement une tumeur qui représente un corps étranger. Il faut donc entendre le bruit sec et rude produit par la collision de la sonde avec un corps pierreux pour conclure à l'existence d'un calcul. On sait, et nous l'avons prouvé

par une observation, que c'est une erreur de cette nature que commit Levret; cette erreur nous a valu une des plus belles observations, et les remarques les plus justes sur la lésion physique qui nous occupe. Il faut donc compléter le diagnostic par le toucher.

« Le toucher vaginal donne au reste alors des notions plus complètes et bien propres à dissiper toute incertitude. Lorsqu'on touche la malade debout ou à peine assise sur le bord d'un siége, la région de la matrice qui se présente directement au doigt de l'explorateur, c'est sa face antérieure; parfois ce canal est en partie obstrué par le fond de l'utérus incliné en avant, soit directement, soit en même temps plus d'un côté que de l'autre, ce qui constitue une sorte de latéro-version, la seule peut-être qui soit réellement possible. Le museau de tanche est toujours fort en arrière; le plus souvent il faut le chercher dans la concavité du sacrum; ordinairement abaissé, comme tout l'utérus, il est quelquefois si élevé, en raison d'une bascule complète de l'axe du viscère, qu'on a de la peine à y arriver avec le bout du doigt enfoncé le plus haut possible. Si, du bout de l'index recourbé en crochet, on ramène en avant l'orifice utérin; si de ce même doigt étendu l'on repousse le fond de la matrice, on trouve beaucoup de facilité à lui rendre sa direction normale, mais elle retombe aussitôt dans sa position vicieuse. Un seul cas ne permet point le redressement momentané dont il vient d'être question, c'est celui d'adhérences causées par une ancienne inflammation : à part cette circonstance, le bassin n'offre point d'obstacles à la réduction; les pubis inclinés en avant et en haut, laissent aisément passer le fond de l'utérus, même tuméfié : nous verrons que le sacrum ne présente pas à beaucoup près une disposition aussi avantageuse que dans les cas de rétroversion. » (Madame Boivin et Dugès, t. I, p. 120.)

La marche de l'antéversion varie; le déplacement peut être subit, mais dans le plus grand nombre des cas il s'opère lentement. Il n'est jamais aussi complet que le déplacement qui nous occupera dans le prochain article, et ses accidents sont moins graves. En effet, la présence de la vessie derrière les pubis s'oppose à ce que le fond de l'utérus s'abaisse autant qu'il le fait dans la rétroversion. L'urine accumulée dans la vessie, en refoulant en arrière la paroi postérieure de ce réservoir, relève l'utérus. Le séjour des matières stercorales, leur cours dans le gros intestin, en pressant de haut en bas sur la partie postérieure du col, concourent encore au même but.

Pronostic. On voit que le pronostic est peu grave; il est rare d'être appelé pour combattre les accidents causés par ce déplacement. Dans une pratique de plus de vingt ans, dit M. Moreau, nous n'avons eu que deux fois occasion d'opérer la réduction de l'utérus pour remédier aux accidents qui étaient la suite de l'antéversion.

M. Moreau a relaté un de ces faits, et comme il contient des détails sur la conduite à tenir en pareille circonstance, nous le donnons en entier, car il fera une vraie introduction à la partie de cet article qui est destinée au traitement de l'antéversion.

Obs. 5. Le 4 avril 1816, une femme d'une cinquantaine d'années, épouse d'un employé au ministère de l'intérieur, douée d'un embonpoint excessif, ressentit une douleur vive dans la région des pubis, des aines et des reins, au moment où, accroupie et courbée en avant, elle faisait des efforts pour attirer un tiroir de commode pesamment chargé. Le soir même, elle éprouva des envies fréquentes d'uriner, qu'elle pouvait à peine satisfaire; elle n'urinait que goutte à goutte. La malade qui, à cause de son extrême obésité, était obligée de rester sur son lit dans une position demi-verticale ou dans un fauteuil, passa la nuit sans dormir. Le lendemain, nous fûmes appelé pour remédier aux tiraillements, aux douleurs de reins, aux difficultés d'uriner, qui avaient beaucoup augmenté. D'après ce qui s'était passé, nous crûmes à l'existence d'un déplacement de l'utérus; avant de nous en assurer, comme la face était rouge, le pouls plein, fréquent, que la malade éprouvait de la gêne dans la respiration, un grand sentiment de crainte sur son état, nous commençâmes par la sonder, et lui pratiquer une saignée du

bras de dix à douze onces, qui diminua la dyspnée. Le cathétérisme donna issue à une petite quantité d'urine, il nous procura la sensation d'un corps étranger assez résistant, non sonore, qu'on aurait pu croire dans la vessie. Par le toucher vaginal, nous trouvâmes le col de l'utérus en haut et en arrière, son orifice dirigé vers la concavité du sacrum ; le corps et le fond de l'organe étaient inclinés derrière les pubis, et situés horizontalement dans le bassin. Nous fîmes coucher la malade sur le dos, les jambes fléchies sur les cuisses, celles-ci sur le bassin. Après avoir accroché le col avec deux doigts, l'indicateur et le médius de la main droite, et fait effort pour l'attirer de haut en bas, afin de le ramener d'arrière en avant au centre du bassin, nous reconnûmes que le fond s'appliquait avec plus d'exactitude contre les pubis, et que le col ne cédait pas ; nous eûmes alors recours à l'introduction d'une sonde dans la vessie ; avec sa convexité, nous essayâmes de refouler de bas en haut le fond de l'utérus, en même temps que nous agissions en sens inverse sur le col. Ces tentatives, d'abord infructueuses, finirent par être couronnées de succès. L'utérus fut réduit, non sans douleur, et la malade se rétablit très-bien. Cette femme nous dit avoir éprouvé le même accident dix ans auparavant, et avoir été secourue de la même manière par M. Evrat, qui nous confirma le fait. (Moreau, *Traité pratique des accouchements*, tome I, p. 441.)

Traitement de l'antéversion.

Il convient de commencer par tenter la réduction ou le redressement de la matrice en antéversion. En parlant des symptômes, nous avons déjà indiqué la manœuvre. On repoussera le corps de l'utérus en haut, et on abaissera le col en l'accrochant avec le doigt. « Je suis étonné, dit M. Vidal, du silence de la plupart des auteurs sur les difficultés de cette manœuvre. Il est réellement toujours facile de pousser avec un doigt le corps de la matrice qui ne remonte pas toujours ; mais accrocher le col, le porter en bas, c'est autre chose, c'est plus difficile. Il y a quelque chose de plus difficile encore, c'est de maintenir la matrice en place. Dans le plus grand nombre des cas, on ne redresse que très-incomplétement la matrice, et on ne la contient pas du tout par les pessaires.

» Ceux-mêmes qui ont la prétention de porter sur la partie postérieure et supérieure du vagin, derrière le col, tous les pessaires possibles, ne font qu'une chose, ils empêchent le prolapsus lié à l'antéversion de se prononcer davantage. Il y a encore beaucoup à faire pour redresser et contenir une matrice en antéversion. On n'oubliera jamais, dans le traitement, ce que j'ai dit de l'engorgement utérin ; qu'on le considère comme cause ou comme effet, qu'il y ait, avec cet engorgement, une congestion des ligaments ronds, pour peu que la femme soit jeune et un peu sanguine, le toucher ayant fait reconnaître un développement un peu considérable du corps de l'utérus, on fera bien de pratiquer de temps en temps de petites saignées ; d'appliquer des sangsues aux aines, à l'anus, à la partie supérieure et interne des cuisses. Ces moyens seront aidés du repos et du repos au lit.

» En parlant des causes, j'ai prononcé le mot de rétraction permanente des ligaments ronds ; on ne s'étonnera donc pas, si un jour, on propose la ténotomie pour le traitement de l'antéversion. » (Vidal de Cassis, *Traité de pathologie externe*, t. v, p. 773).

Quoique notre intention soit de faire un article à part sur les pessaires, nous transcrivons ici les considérations suivantes sur l'emploi de ce moyen parce qu'elles nous paraissent très-pratiques :

« L'usage du pessaire devient aussi un moyen curatif dont l'effet s'explique avec facilité. Levret pense qu'il faut pour cela le porter environ un an ou quinze mois ; l'écoulement leucorrhéique qu'il a d'abord provoqué diminue et cesse ordinairement vers cette époque, et c'est un signe de guérison, selon ce célèbre praticien.

» Désormeaux, d'accord avec lui sur ce point, pense qu'on peut fréquemment supprimer plus tôt encore l'usage des pessaires. Avant même de produire une guérison radicale, les pessaires ont l'avantage de diminuer les incommodités qu'accusait la femme, de redresser, de soulever un peu la matrice, d'en rendre l'orifice plus acces-

sible au principe fécondateur, et de faire cesser une stérilité d'autant plus fâcheuse, que la grossesse pourrait amener une guérison définitive, comme nous le prouverons plus loin, ou du moins une amélioration passagère (1).

» Le pessaire dont on se sert communément dans l'antéversion, est le pessaire en bilboquet, à cuvette profonde, pour bien emboîter le col de la matrice. Cet organe sera d'abord redressé tant en repoussant le fond qu'en attirant le col, soit avec le doigt, soit à l'aide de la cuiller fenêtrée dont nous avons parlé dans l'introduction (§ X). On le soutient ainsi (la femme étant couchée sur le dos) en pressant d'une main sur la région hypogastrique déprimée autant que possible; de l'autre on porte le pessaire dans le vagin; on fait entrer, par quelques mouvements d'avant en arrière, le col dans son godet; on s'assure, à l'aide du doigt, de son application; on la modifie, on l'achève en enfonçant et dirigeant convenablement l'instrument qui, prenant la direction de l'axe du vagin, tient l'utérus redressé. Un pessaire en bondon, surtout de la forme de ceux que M. J. Cloquet appelle élythroïdes, pourrait, dans des cas peu graves, suffire au traitement. Dans quelques cas plus rares, une petite éponge glissée dans le vagin, derrière le museau de tanche très-saillant, a pu suffire à maintenir une matrice peu déviée. » (*Maladies de l'utérus*, t. 1, p. 121, par Boivin et Dugès.)

ARTICLE X.

Rétroversion de la matrice.

Dugès et Madame Boivin commencent par établir cette différence entre l'antéversion et la rétroversion : selon eux l'état que nous allons étudier dans cet article n'est plus une exagération d'une inclinaison naturelle, c'est un déplacement qui reconnaît toujours pour cause une violence, et qui produit toujours des incommodités sérieuses.

Voici l'idée que M. Amussat se fait du déplacement de l'utérus dont il va être question.

« On donne le nom de rétroversion de la matrice à cet état dans lequel le fond de l'organe est placé en arrière et en bas dans la concavité du sacrum, tandis que le col est dirigé en avant et en haut sous la symphyse des pubis; plus le fond s'abaisse vers le coccyx, plus le col se relève; quelquefois l'utérus se courbe ou se plie, et alors on dit qu'il y a rétroflexion. On comprend facilement que si la matrice, chargée du produit de la conception, reste dans cette disposition vicieuse, au lieu de monter comme un ballon dans l'abdomen, elle restera dans le petit bassin, et se trouvera bientôt emprisonnée dans une cage osseuse qui ne peut s'agrandir pour permettre son développement. Alors l'utérus comprime les organes voisins, sans pouvoir s'élever; des accidents se manifestent, et ils deviennent promptement funestes si on ne remédie pas à cet état fâcheux, comme on peut s'en convaincre par les faits trop nombreux qui ont été publiés. » (*Mémoire sur la rétroversion de la matrice dans l'état de grossesse par M. Amussat; Journal de chirurgie*, janvier 1843.)

Cette lésion de situation de l'utérus n'est réellement bien étudiée que depuis le milieu du siècle dernier. Grégoire, chirurgien français, fit connaître à cette époque la rétroversion dans ses leçons d'accouchements. Il y a bien loin des notions répandues par ce professeur aux aperçus vagues qu'on peut trouver dans Hippocrate et à ceux qu'on croit avoir rencontrés dans les écrits attribués à Aspasie. Ce fut dans les leçons de Grégoire que commencèrent les vrais progrès sur ce point de la pathologie de l'utérus : ces leçons, comme on va le voir, éveillèrent l'attention de Walter Wall qui fournit à G. Hunter la première occasion d'observer cette lésion de situation de la matrice.

Voici, d'ailleurs, l'observation remarquable de G. Hunter. Elle commencera très-bien l'histoire de la rétroversion.

Obs. 1. Une jeune femme de Londres, étant à peu près dans le quatrième mois de sa grossesse, eut une frayeur et se trouva mal. Elle ne put ensuite rendre ses excréments et ses urines sans une grande difficulté : son incommodité augmenta, et il y eut rétention complète d'urines et d'excréments. Le septième jour de cette rétention, on appela Walter Wall; il sonda

(1) Exemple de récidive après l'accouchement. meline, p. 45; d'après madame Legrand.

cette femme et donna issue à environ trois pintes d'urine; il essaya ensuite de lui donner un lavement, mais il passa peu d'eau dans le rectum. Le soir, il la resonda, et il sortit plus d'une pinte d'urine sanguinolente. Pour découvrir la cause de ces accidents, Walter Wall introduisit le doigt dans le vagin; il y trouva une grosse tumeur située derrière ce conduit, et qui le comprimait contre la face interne du pubis, au point qu'il ne put toucher l'orifice de la matrice. Il porta ensuite le doigt dans le rectum, sentit la même tumeur placée au devant de cet intestin et qui le pressait contre le coccyx. Ces circonstances rappelèrent à ce chirurgien un exemple de rétroversion de la matrice, dont Grégoire, professeur d'accouchement à Paris, avait fait mention dans ses leçons. Il tenta en vain de replacer ce viscère, et pria Guillaume Hunter de venir voir cette femme qui était très-faible. Ce médecin, portant le doigt dans le vagin un peu sur le côté, éloigna la tumeur du pubis et procura la sortie d'une grande quantité d'urine. Après avoir fait appuyer la malade sur ses genoux et ses coudes, il tenta de repousser de bas en haut le corps de la matrice, au moyen de deux doigts portés dans le rectum, et d'attirer en bas le col de ce viscère avec les doigts de l'autre main, introduits dans le vagin. Ces tentatives réitérées furent infructueuses, cette femme mourut le surlendemain. Hunter fit l'ouverture du corps. La vessie, excessivement remplie d'urine, occupait presque toute la région antérieure de l'abdomen; étant ouverte, son col parut soulevé au-dessus du pubis par une grosse tumeur ronde qui était la matrice renversée, de manière que le col de ce viscère faisait le sommet de cette tumeur, et était appuyé sur le bord supérieur du pubis; son corps et son fond étaient tournés en arrière et en bas, au devant du rectum et vers l'anus. La matrice, ainsi renversée, avait augmenté de volume et était enclavée dans le bassin, au point qu'on ne put la tirer au dehors qu'après avoir coupé et écarté la symphyse des os pubis. On trouva la tête de l'enfant portée en bas dans le fond de ce viscère. Dans un cas aussi fâcheux, où la réduction de la matrice est impossible par les procédés ordinaires, ne conviendrait-il pas, dit Hunter, de faire la ponction de ce viscère, soit par le vagin, soit par le rectum, afin de diminuer son volume en procurant l'évacuation des eaux de l'amnios et de faciliter son replacement? Il faudrait pratiquer cette opération avant l'épuisement des forces de la malade. (*Medic. obs. and. inquir.*, vol. IV, p. 401, 406.)

M. Vidal qui comme tous les auteurs a cité cette observation, fait une critique que nous recommandons à ceux qui ont l'habitude de lire avec attention : « J'avoue, pour ma part, dit le chirurgien de l'hôpital du Midi, que cette circonstance de ne pouvoir, *sur le cadavre*, faire sortir la matrice du bassin sans écarter les os qui le composent, ébranle un peu la foi que je puis avoir en ce fait. » (*Path. ext.*, t. V, p. 778.)

La publicité donnée au fait que nous venons de rapporter éveilla l'attention des médecins en Allemagne, en Angleterre et en France, et Desgranges, chirurgien de Lyon, écrivit un mémoire sur ce sujet, mémoire qui fut couronné par la célèbre académie de Chirurgie. Ce travail contenait de nouveaux faits et des remarques pleines de justesse, ce qui fait vivement regretter l'impossibilité où on a été de l'imprimer; le manuscrit fut égaré.

Les chirurgiens se mirent alors à rechercher, à recueillir les faits de rétroversion et comme il arrive toujours pour une maladie nouvellement connue, elle devint très-fréquente. Comme il était arrivé qu'on ne l'avait pas vue où elle était, il arriva qu'on la vit quelquefois où elle n'était pas. Quoi qu'il en soit, la rétroversion est peut-être aujourd'hui une des maladies de matrice les mieux connues. Tout récemment (1843) M. Amussat vient de jeter un nouveau jour sur l'histoire de ce déplacement dans le mémoire que nous venons de citer. Nous reproduirons bientôt les deux observations qui font la base de ce travail.

« L'utérus peut se déverser en arrière à des degrés différents, mais toujours assez considérables pour que son fond ait passé sous l'angle sacro-vertébral, et soit retenu dans la concavité du sacrum. Tantôt alors, il est penché de telle sorte que son fond est beaucoup plus bas que son

col; tantôt ces deux parties sont à peu près de niveau ; tantôt enfin, le col est encore plus bas que le fond, et tout l'organe est alors abaissé dans l'excavation plus que dans l'état sain des parties; aussi l'abaissement de la matrice paraît-il prédisposer à la rétroversion, et c'est ce qui doit d'autant moins nous étonner, que nous avons vu déjà, dans la descente de matrice, ce viscère incliner son fond en arrière. On conçoit donc aisément comment des efforts pour uriner déprimant davantage le fond de l'organe, tandis qu'on relevait avec les doigts son col abaissé jusqu'à la vulve, ont pu déterminer un renversement complet en arrière. »(Boivin et Dugès, t. I, p. 436.)

Causes. Elles sont liées à l'organisme ou elles sont extérieures ; elles sont, comme on le dit, prédisposantes ou déterminantes.

La rétroversion peut être congéniale. Ce vice de conformation marche ordinairement avec une autre lésion congéniale et celle-ci porte ordinairement sur la vessie. Ainsi M. Jaquemier étant interne dans le service de M. Moreau, a vu avec ce professeur une petite fille affectée d'extrophie de la vessie, chez laquelle la paroi postérieure de cet organe herniée à travers l'écartement des os pubis entraînait en avant la paroi antérieure du vagin, laquelle soulevait le col de l'utérus et faisait basculer la matrice qui était en rétroversion. Parmi les causes qui tiennent encore à l'organisme, et qui sont prédisposantes on doit noter principalement, selon les accoucheurs, le relâchement des ligaments ronds, des ligaments larges, suite de grossesses répétées. M. Moreau et d'autres praticiens parlent de la *grandeur* du bassin, tandis que certains accoucheurs parlent du retrécissement du même bassin, ce qui est une contradiction, du moins apparente. Mais les auteurs qui parlent d'un retrécissement veulent désigner le détroit supérieur où avec le retrécissement est une augmentation des diamètres de l'excavation, et alors voici comment a lieu la rétroversion : l'utérus est imprégné pendant qu'il est tout à fait dans le petit bassin, dans l'excavation ; là il prend du développement, et au moment où il veut s'élever pour occuper le grand bassin l'angle sacro-vertébral arrête son fond, qui est obligé alors d'aller en sens contraire, tandis que le col remonte du côté du pubis. (Vidal, *Path. ext.*)

M. Moreau cite encore comme prédispositions une constitution molle, délicate, *certaines conditions sociales*, et la presque totalité des causes signalées comme prédisposant au prolapsus de la matrice. Dans les causes déterminantes de la rétroversion on doit nécessairement en trouver qui produisent les autres déplacements de l'utérus. Mais il en est qui semblent plus spéciales à la rétroversion, et que nous devons citer. Ainsi une violente pression, dirigée sur la paroi antérieure de l'abdomen, peut porter le corps de l'utérus en arrière ; une action sur le col de l'utérus en sens contraire peut également porter le corps de cet organe en arrière, et produire la rétroversion. Passons aux exemples : Le chirurgien de Lyon que nous avons déjà cité, Desgranges, parlait d'une rétroversion qui aurait été due à la pression violente exercée par un chaudron rempli de linge mouillé que la femme appuya sur son ventre. Pour prouver les effets d'une action sur le col de l'utérus Baudelocque cite l'observation d'une femme qui avait un prolapsus de la matrice. Cette malheureuse, pour pouvoir uriner était contrainte de refouler avec le doigt le col de l'utérus. Un jour, ayant repoussé ce col trop brusquement, elle sentit dans le ventre quelque chose qui se dérangeait ; c'était l'utérus qui venait de se renverser en arrière.

Dugès en parlant des violences extérieures, cite un cas où le mécanisme de la rétroversion est plus complexe que dans les deux faits que nous venons de citer. Ainsi il y eut choc violent sur la région lombaire, chute sur les genoux, un renversement du tronc en arrière, et une percussion sur l'abdomen par le fardeau dont la tête était auparavant chargée. Il y avait donc là, dit M. Vidal, et en même temps, secousse, effort et pression. (Voy. *Dugès et Mme Boivin*, tome I. Vidal, *Path. externe*, tome V.)

Une distinction qu'il faut établir, c'est la rétroversion de l'utérus portant le produit de la conception et la rétroversion de l'utérus entièrement vide. Nous ne croyons pas qu'on soit tenté de soutenir

avec Boyer que la rétroversion ne peut avoir lieu que pendant la grossesse. Ce que nous avons dit de ce déplacement congénital combattait d'avance l'opinion du célèbre chirurgien que nous venons de citer.

M. Moreau va même jusqu'à soutenir que ce déplacement est plus fréquent pendant la vacuité de l'utérus que pendant la grossesse. D'ailleurs quand elle a lieu pendant cet état, la rétroversion ne peut s'opérer qu'avant le cinquième mois, car passé ce terme il y a trop de disproportion entre le grand diamètre de l'utérus et le diamètre antéro-postérieur du détroit abdominal du bassin pour que la bascule de l'utérus s'opère.

Nous avons déjà indiqué le mécanisme de ce déplacement en parlant de l'influence que peut avoir le détroit supérieur du petit bassin sur sa production. On a donc vu déjà que ce déplacement s'opère quelquefois graduellement avec lenteur. Il peut aussi se produire d'une manière soudaine et violente. Ainsi M. Moreau cite l'exemple d'une femme d'un négociant qui, impatientée de la lenteur d'un de ses commis, saisit avec vivacité un poids de cinquante livres pour le mettre au plateau d'une balance. Soudainement cette femme se plaignit d'une forte douleur dans l'abdomen; elle eut des lipothymies, des vomissements. Quand le chirurgien arriva elle était dans une agitation, une anxiété extrêmes. Elle avait d'ailleurs à peu près tous les symptômes rationnels de la rétroversion; et ils furent confirmés par les signes fournis par le toucher et le succès des manœuvres que le chirurgien pratiqua. (*Moreau*, tom. II, p. 214.)

Symptômes. Ici comme pour l'antéversion le plus grand diamètre de l'utérus se présente anormal, là où était son plus petit diamètre, c'est-à-dire, dans le sens antéro-postérieur; or, en avant est la vessie, et en arrière le rectum. Les fonctions de ces deux organes doivent donc être modifiées, et ce sont surtout celles de la vessie qui sont troublées. La rétention d'urine est, en effet, un des caractères les plus saillants de la rétroversion; dans une observation de M. Amussat, dont nous donnerons tous les détails, on verra quelle quantité d'urine existait dans la vessie d'une femme qui avait une rétroversion, et qui fut sondée par ce chirurgien.

« Cette rétention d'urine est quelquefois un des premiers symptômes, dans le cas, du moins, où l'utérus est distendu. Il y a un mouvement extraordinaire dans l'abdomen, un aplatissement de l'hypogastre naguère saillant, une pesanteur, une pression subite, en avant et en arrière du bassin, parfois des efforts involontaires d'expulsion, du ténesme; des tiraillements aux aines et aux lombes, une constipation opiniâtre, puis une distension de l'abdomen et des douleurs dans toute cette région; enfin, des symptômes de péritonite et de métrite, des vomissements, etc. Voilà ce qu'on appelle les signes rationnels qui se succèdent, soit primitivement, soit consécutivement à la rétroversion.

» Le toucher devra toujours confirmer ces signes pour compléter le diagnostic; il fera découvrir une tumeur arrondie, de consistance variée, selon qu'il y aura grossesse ou engorgement; la matrice paraît occuper toute l'excavation pelvienne. Quelquefois, elle repousse, en bas, une partie du vagin qui forme des bourrelets dans la vulve; ce canal est raccourci en arrière; en avant, il se prolonge en haut hors de la portée du doigt explorateur. En effet, si on le dirige de ce côté, c'est-à-dire derrière les pubis, tantôt on arrivera, quoique difficilement, à l'orifice utérin, tantôt on ne le sentira point du tout, et cela indique le degré de renversement, lequel peut être tel que le fond de la matrice sera plus abaissé que le col.

» Le doigt indicateur, porté dans le rectum, aide aussi le diagnostic; il fait sentir la tumeur pressant contre le rectum et occupant une partie, quelquefois la plus inférieure, de la concavité du sacrum. » (Vidal de Cassis, *Traité de Pathologie externe*, t. V, p. 775.)

Nous allons faire suivre l'exposé de la symptomathologie de l'observation de M. Amussat dont il a déjà été question. Quoique ce fait ait été publié dans l'intention de faire ressortir les avantages d'un mode de réduction, il est surtout important pour la symptomathologie. D'ailleurs nous accompagnerons cette observation des ré-

flexions pratiques que M. Amussat y a jointes.

« Madame S..., âgée de 38 ans, taille de quatre pieds et demi, constitution sèche et maigre, avait eu cinq accouchements heureux. A un sixième accouchement qui eut lieu en aout 1834, l'enfant présentait le siége; on en fit la version après sept heures de travail, et madame S. fut parfaitement rétablie après quinze ou vingt jours de repos. Les règles reparurent trois mois après, et la santé s'est maintenue très-bonne jusqu'à l'époque de la maladie actuelle.

» Le 17 août 1839, quinze ou vingt jours après les dernières règles, madame S., sans se croire enceinte, prit la diligence pour se rendre de Paris à Clermont en Auvergne. Là, dans la première semaine de septembre, en revenant de se promener dans les vignes, où elle avait mangé beaucoup de raisin, elle éprouve *presque subitement* une douleur aiguë dans le bas-ventre, suivie d'une diarrhée qui dura trois ou quatre jours, mais sans vomissement ni nausées. Le 1er octobre, elle revint à Paris, en diligence, mais sans trop de fatigue.

» Le 27 ou 28 octobre, ayant rapporté de la halle jusque chez elle (Grande-Rue-Verte) un fardeau de vingt-cinq à trente livres, peu après son retour elle éprouva un malaise général, des vomissements réitérés, et un sentiment de pesanteur douloureuse dans les reins. Les vomissements et le malaise ne tardèrent pas à disparaître, mais non le sentiment de pesanteur, qui diminua seulement un peu. Cependant il était resté très-supportable, lorsque, vers le 9 ou 10 novembre, madame S. commença à éprouver un peu de gène dans l'émission de l'urine et la sensation d'un corps pesant sur le fondement, sensation qui devint de plus en plus pénible, jusqu'au 13 novembre, époque à laquelle la malade se décida à consulter M. Lamouroux, son médecin. Celui-ci soupçonna tout d'abord une grossesse avec imminence d'avortement; toutefois, comme il n'y avait ni fièvre ni contractions utérines, il se borna à prescrire le repos du lit, des cataplasmes sur l'abdomen et des lavements émollients. Le surlendemain, la malade étant inquiète, il se détermina à une exploration minutieuse, à l'aide du toucher, et constata les faits suivants :

» 1° A l'entrée de la vulve, et le long de la paroi postérieure du vagin, existait un repli longitudinal ayant en épaisseur un peu moins d'un centimètre, en longueur trois centimètres environ, et un peu sinueux ou flexueux;

» 2° A l'extrémité supérieure de ce repli, c'est-à-dire à trois centimètres de l'entrée de la vulve, se présentait une tumeur arrondie, dure, rénitente, grosse environ comme la petite extrémité d'un œuf d'autruche, mais un peu aplatie d'avant en arrière, et paraissant exister dans la moitié supérieure de la cloison recto-vaginale; car il y avait impossibilité absolue de porter le doigt entre cette cloison et la tumeur;

» 3° Le doigt porté au devant de cette tumeur pénétrait aisément dans le vagin (dont la paroi antérieure était très-tendue), mais sans pouvoir rencontrer d'abord la moindre trace du col utérin;

» 4° A un ou deux centimètres au-dessus de la symphyse pubienne, on trouvait le col, mais difficile à reconnaître, tant il paraissait aplati et, pour ainsi dire, effacé, ayant son orifice dirigé en avant et surtout en haut, de sorte que sa lèvre antérieure, devenue supérieure et presque postérieure, pouvait à peine être atteinte par le doigt, tandis que l'on touchait aisément sa lèvre postérieure, devenue dans ce cas inférieure et presque antérieure. Il était impossible de pénétrer dans l'orifice;

» 5° En introduisant le doigt dans le rectum, on constatait que la tumeur, tout en existant dans la cloison recto-vaginale, remplissait le petit bassin, de sorte que ce n'était qu'en longeant le sacrum, et avec peine, qu'on pouvait arriver un peu haut à 10 ou 12 centimètres. Là, le doigt était assez fortement pressé entre le sacrum et la tumeur, qui était évidemment le corps même de l'utérus complétement *rétroversé et rempli par le produit de la conception arrivé à un peu plus de trois mois.*

» Quoique l'émission de l'urine fût pénible, elle se faisait cependant encore, et

en quantité assez en rapport avec celle des boissons.

» La malade se trouvant très-fatiguée, on prescrivit un grand bain, et le repos jusqu'au lendemain. Ce jour-là et le suivant, M. Lamouroux essaya, mais en vain, de redresser la matrice; il appela à son aide M. le docteur Moynier, qui reconnut la rétroversion, et tenta avec aussi peu de succès d'y remédier; en vain essaya-t-on de porter le doigt par l'anus et par le vagin, en couchant la femme sur le dos, ou en la plaçant sur les coudes et les genoux; rien n'y fit; et après deux jours d'inutiles tentatives, on décida qu'on m'appellerait en consultation.

» Je vis donc la malade le 19 novembre, à 9 heures du matin. Il y avait eu dans la nuit une rétention complète d'urine, suivie d'un écoulement par regorgement assez copieux pour faire croire à la malade que la poche des eaux était rompue, et qu'elle allait faire une fausse couche. Elle s'était mise au bain, et s'y tenait depuis une heure, lorsque nous arrivâmes. M. Lamouroux me fit part des phénomènes qui avaient eu lieu jusque-là, sans me dire toutefois quel diagnostic il avait porté, et m'engagea à examiner la malade dans le bain. Pour satisfaire à son désir, je fus forcé d'ôter mon habit et d'avoir l'avant-bras nu, ce que je note ici comme étant contre mes principes et mes habitudes, parce que ces préparatifs sont effrayants pour les malades. Madame S. se souleva au-dessus de l'eau, et fut soutenue dans cette position par son mari. Un doigt huilé fut introduit dans le vagin; il pénétra avec quelque difficulté, la cavité vaginale étant fort obstruée. En explorant avec attention, je reconnus en arrière, au milieu du vagin, une tumeur molle, fluctuante, qui faisait saillir fortement la cloison recto-vaginale, et repoussait le doigt contre la symphyse. Le col utérin était situé très-haut et fort difficile à atteindre; à peine si on pouvait le reconnaître.

»Un autre examen par le rectum me fit également reconnaître une tumeur molle, fluctuante comme un kyste rempli d'eau, mais complétement distendu; en la repoussant avec mon doigt, je sentis qu'elle se laissait déprimer plutôt que de s'élever, et qu'elle occupait une grande étendue en travers.

»Le volume du ventre était assez considérable, arrondi, saillant à l'hypogastre. Je pensai d'abord que ce développement était dû à la distension des intestins ou à une hydropisie de la matrice. Mais en palpant le ventre avec soin, je reconnus une tumeur arrondie, facile à circonscrire jusqu'au delà du nombril, ayant le volume, mais non la consistance de l'utérus à cinq ou six mois de la grossesse. La percussion donnait un son mat, ce qui excluait l'idée d'une tympanite; mais elle ne rendait pas la même sensation que sur l'utérus dans l'état de grossesse, et je pensai alors à une rétention d'urine. Cette idée s'accordait assez mal avec l'assurance qu'on me donnait que la malade avait rendu chaque jour la quantité ordinaire d'urine; néanmoins je persistai à recourir au cathétérisme, ne fût-ce que comme moyen d'exploration. J'introduisis la sonde ordinaire sans trop de peine; elle pénétra à une grande profondeur, et je compris à l'instant que c'était la vessie distendue qui formait particulièrement la tumeur de l'hypogastre.

»Une grande quantité d'urine s'écoula, le ventre s'affaissa, et la malade éprouva immédiatement un soulagement très-marqué. La quantité d'urine devait être considérable, car je ne pense pas avoir vu durer l'émission aussi longtemps dans aucun cas de rétention d'urine chez l'homme. La malade étant dans le bain, l'urine ne put être recueillie et pesée, comme il aurait été désirable.

» Après avoir vidé la vessie, j'explorai de nouveau par le vagin, et je trouvai que mon doigt pénétrait moins difficilement. La tumeur qui soulevait la paroi postérieure du vagin était moins saillante; le kyste était moins bombé en avant; le col de l'utérus était un peu plus distinct, mais toujours très-élevé. Enfin, en touchant par le rectum, je reconnus que la tumeur était un peu plus mobile.

»Le diagnostic ne pouvait être un instant douteux pour moi; et, comme l'avait fait M. Lamouroux, je déclarai que nous avions affaire à une rétroversion de l'utérus dans l'état de grossesse. En consé-

quence, après avoir accordé quelques instants de repos à la malade, nous procédâmes à la réduction.

» Les mains fixées sur les côtés de la baignoire, les pieds appuyés sur le rebord de la petite extrémité de la baignoire, un mouchoir sous le siége dont les deux chefs étaient tenus par son mari, la tête soutenue par l'un de nous, telle était la position de la malade. Le doigt indicateur de la main droite étant introduit dans le rectum, je repoussai la tumeur; en cherchant à la soulever, elle se laissait déprimer, ainsi qu'il a été dit, comme une vessie ou un kyste rempli de liquide. Je fus un moment arrêté par la crainte d'une fausse-couche que pouvait amener une pareille pression ; mais je me rassurai par cette idée qu'en cas d'insuccès la seule ressource serait de provoquer la fausse-couche; et, en conséquence, je continuai la manœuvre avec plus de confiance et de hardiesse. Bientôt, en enfonçant le doigt le long du sacrum, je compris que j'agissais plus efficacement.

» Mes recherches sur l'exploration du rectum m'avaient appris qu'on pouvait porter le doigt jusque près de l'angle sacro-vertébral, et atteindre même les grosses artères du fond du bassin, en poussant le coude avec l'autre main, et même avec la hanche correspondante, de manière à déprimer plus fortement le périnée et la marge de l'anus. Par cette manœuvre, et en parcourant la tumeur près du sacrum de droite à gauche et de gauche à droite, je m'aperçus bientôt que j'avançais en besogne ; et enfin, en faisant de plus grands efforts d'impulsion, favorisés d'ailleurs par les efforts d'expulsion que j'invitais la malade à faire pour faciliter la descente du col, je sentis que le ballon utérin avait franchi et dépassé le détroit supérieur. Je me hâtai de vérifier, par le vagin, ce que je venais de faire par le rectum, et, à ma grande satisfaction, je ne trouvai plus de tumeur; le col de l'utérus était redescendu presque à sa place. Je le repoussai en arrière pour compléter la réduction, que je fis constater immédiatement par M. Lamouroux.

» La malade, essuyée convenablement, fut enlevée avec soin du bain et déposée dans son lit, où elle fut placée en pronation, c'est-à-dire appuyée sur les coudes et les genoux, et soutenue par des oreillers disposés sous les cuisses et la poitrine, de manière à laisser le ventre libre. Le toucher exercé dans cette position me donna l'assurance que l'utérus était bien resté en place. Nous prescrivîmes des sangsues sur le ventre, des cataplasmes et des lavements émollients et légèrement calmants.

» La réduction avait procuré à la malade un grand soulagement, et, d'un autre côté, il y avait eu, la nuit suivante, une émission libre et sans douleur de l'urine; mais la position forcée que nous lui avions fait garder toute la nuit avait produit, le lendemain matin, un peu d'agitation : les pommettes étaient rouges, la respiration gênée, le pouls, très-petit, donnant 108 à 112 pulsations ; la peau sèche ; il n'y avait cependant aucune douleur dans le bas-ventre. Elle était dans l'état d'une personne qui vient de supporter une grande fatigue, sans pouvoir suer, et qui rentre dans un calme parfait après quelques minutes de repos. En effet, dès que nous lui eûmes permis de se placer sur le dos avec précaution, en tenant le bassin aussi élevé que possible, il ne fallut pas plus de cinq à six minutes pour faire descendre le pouls à 90 pulsations ; la respiration devint libre, la peau perdit sa sécheresse et les pommettes leur rougeur. M. Lamouroux explora la malade et trouva l'utérus à sa place ; mais le col, qui paraissait complétement effacé pendant la rétroversion, présentait maintenant un volume presque double qu'à l'état normal, et un peu de rénitence.

» On laissa donc la malade sur le dos, en continuant les cataplasmes, les demi-lavements et des injections émollientes. Le lendemain 20 novembre, nous la trouvâmes inquiète ; la rétention d'urine avait reparu pendant la nuit ; l'exploration fit voir que le col utérin dégonflé était remonté et tendait à se replacer au-dessus des pubis, en comprimant de nouveau la vessie. On pratiqua le cathétérisme qui donna issue à un litre un quart d'urine normale quant à la couleur, à l'odeur et à la transparence; cette émission fut suivie d'un soulagement marqué

et du retour du col utérin à sa position normale.

» La malade accusait en outre une douleur à l'aine gauche ; une application de vingt sangsues la fit disparaître.

» Le 21, mieux-être général ; cependant il y a encore de la difficulté à rendre l'urine, ce qui m'engagea à sonder, jusqu'à nouvel ordre, deux fois par jour, afin d'éviter une nouvelle ascension du col utérin, et partant le danger d'une nouvelle rétroversion.

» Le 22, il n'y avait pas encore eu de selles ; et, jusque-là, on n'avait osé combattre la constipation que par des lavements émollients et huileux, dans la crainte que les efforts déterminés par un purgatif ne tendissent à reproduire la maladie. Mais la malade allant de mieux en mieux, et les lavements n'ayant rien produit, on administra 30 grammes d'huile de ricin, qui procura une bonne selle un peu douloureuse, mais sans résultat fâcheux.

» Le 23, l'urine était rendue librement et sans douleur ; on renonça au cathétérisme. Le 28, la malade se promenait dans sa chambre ; quelques jours après elle descendait et remontait trois étages sans trop de fatigue ; bref, la rétroversion et la réduction n'avaient laissé aucune trace ; la grossesse poursuivit son cours, et madame S. accoucha à terme d'un enfant bien portant.

» Ici donc semblerait terminée cette observation ; mais la malade devait nous offrir un exemple de récidive très-remarquable.

» Le 15 septembre 1841, madame S. eut ses règles comme à l'ordinaire, pour l'époque et la durée ; mais, les mois suivants, les règles ne reparurent pas. Dans les premiers jours de décembre 1841, elle vint me trouver, se plaignant d'éprouver de la difficulté à uriner et des douleurs dans le bassin. L'examen auquel je procédai me prouva que cette femme se trouvait presque dans le même état où je l'avais vue deux ans auparavant. La matrice, augmentée de volume, était en rétroversion et déjà enclavée. Seulement, la grossesse, qui ne me parut pas douteuse, était moins avancée que la première fois, la dernière époque des règles ne remontant qu'à deux mois et demi.

» Cette fois encore, la matrice fut heureusement remise dans sa position, à l'aide du même procédé ; les suites en furent aussi simples, et madame S. est heureusement accouchée à terme d'un enfant bien portant. Le toucher pratiqué aujourd'hui (25 novembre 1842) nous a permis de constater que la matrice est à sa place ; et, du reste, la santé générale est excellente. »

Voici maintenant les réflexions de M. Amussat.

« Remarquons d'abord que la cause des accidents que la malade a subitement éprouvés est très-évidente : un long voyage en voiture et le poids d'un fardeau pesant qu'elle transportait de la halle chez elle, c'est-à-dire à une distance éloignée, ont été signalés. Mais cette cause pouvait aussi bien donner lieu à une fausse-couche qu'à une rétroversion, et les accidents pouvaient être attribués à l'un ou l'autre de ces deux états ; c'est en effet ce qui a eu lieu : la rétention d'urine aurait pu faire soupçonner le dernier de ces accidents, qui se présente rarement dans le premier. Mais l'urine qui s'écoulait par regorgement avait éloigné de l'idée d'un obstacle à son émission, et la malade elle-même avait pensé que le liquide était fourni par la poche amniotique. Ce n'est qu'en examinant avec beaucoup d'attention par le vagin et par le rectum que nous sommes arrivés, autant par voie d'exclusion que par les signes sensibles, à reconnaître, d'une manière évidente, que l'utérus était en rétroversion ; et le cathétérisme nous a entièrement convaincus de la justesse de notre diagnostic.

» La rétention d'urine existe presque constamment dans les cas de rétroversion. C'est un phénomène physique qui résulte de la pression qu'exerce le col de l'utérus sur le canal de l'urètre. Mais, lorsqu'il existe en même temps une rétroflexion du col, la pression étant moins forte, il n'y a que difficulté et non impossibilité d'uriner. Nous verrons que cet état existait chez la deuxième malade, dont nous donnerons bientôt l'observation. En résumé, ce signe pourrait, en l'absence du toucher, faire soupçonner une rétroversion de l'utérus ; mais les

explorations deviennent utiles pour formuler un diagnostic certain. Chez notre malade, les accidents ont disparu aussitôt après la réduction ; mais dans l'état de vacuité de l'utérus, la rétroversion s'étant reproduite, il est arrivé, à une époque peu avancée d'une nouvelle grossesse, des accidents semblables à ceux auxquels nous avions remédié la première fois. Les signes de ce déplacement, joints aux antécédents, ne nous ont laissé aucun doute, et nous avons procédé à la réduction aussi heureusement, et avant que l'utérus eût acquis un volume capable d'opposer de grands obstacles à son ascension dans le bassin. » (*Journal de chirurgie*, janvier 1843.)

Effets et accidents, *questions de médecine légale.* La rétroversion qui a lieu pendant l'état de repos de la matrice et qui s'opère lentement, ne donne pas lieu à de véritables accidents. On a vu des femmes qui, affectées depuis longtemps d'une rétroversion de la matrice, en éprouvaient si peu de gêne, qu'elles se doutaient à peine de l'affection qu'elles portaient. Mais lorsque la rétroversion a lieu subitement ou qu'elle s'opère au commencement de la grossesse, il y a des accidents quelquefois formidables. Pendant la grossesse, l'utérus gêné dans son développement, expulse prématurément le produit de la conception. « Cette cause d'avortement, dit M. Moreau, que je n'ai vue mentionnée nulle part comme accident de la rétroversion, est assez fréquente; nous l'avons observée plusieurs fois, et dernièrement encore nous avons donné des soins, avec notre confrère, M. le docteur Espiaud, à une jeune dame, rue de la Victoire, qui, dans l'intervalle d'un an (du mois de mars 1836, au mois de mars 1837), a fait, un peu avant trois mois de grossesse, deux avortements auxquels nous n'avons pu attribuer d'autre cause que la rétroversion. » (*Loc. cit.*)

Quand l'avortement n'a pas lieu, l'utérus comme incarcéré dans le bassin se tuméfie, s'enflamme même, et exerce une compression sur les parties voisines ; il gêne le cours des urines, celui des matières stercorales, et détermine leur rétention. On doit se hâter de combattre cette double rétention, sans cela elle deviendrait une cause aggravante de la maladie, et d'accidents plus graves encore. En effet la vessie distendue fait saillie en arrière, presse sur l'utérus, le pousse en arrière et s'oppose à ce qu'il se redresse. Les fèces accumulées dans la partie supérieure du rectum et dans l'S iliaque du colon, pèsent sur l'utérus et augmentent ainsi l'abaissement de son fond. La distension de la vessie peut aller jusqu'à sa rupture, ou bien elle détermine une inflammation grave ou la gangrène.

Sabatier cite Jean Linn, qui a donné l'histoire d'une rupture de la vessie avec gangrène, suivie d'un épanchement mortel à la suite d'une rétroversion qui n'avait pu être réduite (1).

Autre cause d'aggravation, les matières accumulées dans l'intestin portent la femme à se livrer à tout instant à des efforts immodérés d'expulsion qui peuvent occasionner la rupture du vagin, et faire sortir le fond de l'utérus par la vulve. C'est ce qui est arrivé à une femme observée par M. le docteur Mayor (de Lausanne).

Ce fait a été communiqué par l'auteur à M. Paul Dubois, et inséré dans le livre de M. Moreau, nous le transcrirons avec toutes les questions dont il est suivi.

Obs. 2. F. G..., paysanne, âgée de trente-deux ans, d'une intelligence bornée, mère de trois enfants, ayant été assistée dans ses deux dernières couches par sa belle-mère, paysanne aussi, et sans instruction dans l'art des accouchements, était grosse d'environ trois mois et demi, lorsqu'elle fut prise, dans la journée du 7 novembre 1836, de douleurs vagues. Ces malaises, qui ne l'empêchèrent pas de sortir et de se livrer à quelques occupations pénibles de la campagne, l'inquiétèrent cependant assez pour lui faire dire qu'elle pourrait bien être morte le lendemain.

En rentrant chez elle, ce jour-là, vers huit heures du soir, elle se coucha, et fut prise peu après de douleurs vives dans le ventre et les reins qui lui arrachèrent des cris, et que sa belle-mère attribua aux prodromes d'une fausse-couche : il

(1) Sabatier, Méd. opér., t. I, p. 394. Paris, 1796.

était neuf heures et demie du soir. A dix heures et demie, le mari, voulant donner quelques soins à sa femme, aperçoit une grosseur qui sort des parties génitales. On s'en inquiète, ainsi que de l'état de souffrance et de l'hémorrhagie qui l'accompagne, et on pense à recourir aux secours de l'art.

Le mari se transporte lui-même chez la sage-femme de M...., village le plus voisin. Celle-ci arrive à une heure, et trouve une énorme tumeur au dehors de la vulve, et des anomalies telles, qu'elle demande qu'on appelle incessamment un accoucheur instruit. Le mari court chez M. C.... qui arrive à trois heures et demie du matin.

Après quelques recherches pour s'assurer de la nature de la tumeur, le chirurgien la reconnaît pour la matrice dans l'état complet de rétroversion, et il parvient à la repousser et à la replacer dans sa position naturelle ; mais la femme, qui était déjà dans l'état le plus déplorable, expira à quatre heures et demie, peu après la réduction de l'organe.

Cette mort aurait pu passer inaperçue, comme un de ces événements qui suivent parfois une fausse-couche, une perte considérable, si la rumeur publique ne l'eût attribuée à des tentatives criminelles.

L'autorité fit donc procéder à l'autopsie, le 10 à trois heures, cinquante-sept heures après le décès, et MM. M... et C..., deux chirurgiens et accoucheurs instruits et avantageusement connus, furent désignés pour cette opération. Leur procès-verbal contient l'exposé suivant.

« Les parties extérieures de la génération ne présentaient rien de particulier ; mais, légèrement entr'ouvertes, elles laissent apercevoir à deux lignes de profondeur, dans la direction de la fourchette, une plaie frangée. Au toucher, le vagin paraît lisse, et on arrive au col utérin, appuyé contre le pubis, fermé et sans engorgement. Le vagin est très-lâche, et le corps de la matrice soulevé est très-mobile.

» Nous avons ouvert l'abdomen et scié les os pubis pour bien examiner l'état des organes contenus dans cette cavité et le bassin. La vessie très-large et flasque, ne contenant pas d'urine, s'élevait au-dessus du pubis, et paraissait avoir été distendue; elle ne présentait d'ailleurs aucune altération, et couvrait en partie le corps de la matrice. Cet organe, de forme pyramidale, offrait six pouces de longueur et cinq de largeur ; il était mou, flasque, rougeâtre, et présentait un certain nombre d'ecchymoses et de petites déchirures semi-circulaires ressemblant à des coups d'ongle. Ayant aperçu dans la paroi péritonéale du bassin, au devant du sacrum, une plaie transversale, nous avons reconnu qu'il y avait, par cette plaie, communication entre la cavité abdominale et la partie postérieure inférieure du vagin. Ainsi, il existait un canal accidentel, dont l'orifice supérieur était constitué par la rupture du péritoine, dont l'orifice inférieur l'était par la déchirure du vagin, et dont la partie moyenne occupait la cloison recto-vaginale lacérée.

» Ayant poussé le corps de la matrice dans cette ouverture supérieure, nous l'avons fait sortir sans effort par l'ouverture inférieure, près de la fourchette ; et là, nous avons vu la position de la matrice observée par M. C... pendant la vie. Ayant ensuite replacé l'organe comme il était précédemment, nous avons fendu le vagin à sa partie antérieure dans toute sa longueur, jusqu'au col utérin, que nous avons trouvé très-allongé, fermé, enduit d'une sécrétion filamenteuse ou gélatineuse qu'on observe dans les premiers mois de la grossesse. Ayant fendu le col utérin, et pénétré dans la matrice, nous en avons extrait la poche amniotique intacte contenant un fœtus d'environ trois mois et demi et ses dépendances. Nous avons ouvert cette poche et examiné le fœtus avec son cordon ombilical intact, implanté au placenta, qui était meurtri et broyé. Le fœtus présentait d'ailleurs plusieurs ecchymoses, entre autres une assez large sur l'occiput, et une plus large sur le dos.

» Ayant enlevé le corps de la matrice pour mieux juger de la plaie du vagin, nous avons trouvé l'ouverture inférieure frangée à deux lignes de la fourchette, de cinq pouces de largeur dans la dilatation. Elle remonte en s'élargissant le long

de la cloison recto-vaginale jusqu'au péritoine, qui est ouvert à sept pouces de largeur. De chaque côté, on aperçoit de petites déchirures semi-circulaires comme des coups d'ongle, avec décollement latéral du péritoine. Le rectum vide est intact, du moins ses membranes musculaire et muqueuse; tout le système abdominal paraissait très-pâle, et ses vaisseaux étaient vides de sang D'où les médecins ont conclu 1° que ces lésions étaient mortelles; 2° que la femme G... avait succombé à l'hémorrhagie et aux douleurs qui en ont été la suite; 3° que la femme G... n'a pu elle-même se faire ces lésions.»

Ce fait ayant donné lieu à une instruction judiciaire, et la commission d'enquête ne s'étant pas trouvée suffisamment éclairée par ce rapport et les conclusions qui l'accompagnent, a renvoyé le tout au conseil de santé, en lui adressant, à la date du 16 décembre 1836, les questions suivantes:

« Y a-t-il possibilité 1° que la défunte J. G... se soit fait elle-même les blessures et les déchirures qui ont été constatées? 2° Qu'elle ait pu elle-même s'extraire la matrice? 3° Que la matrice ait pu sortir d'elle-même? 4° L'hémorrhagie, comme cause de la mort, a-t-elle été provoquée par ces blessures et ces lésions? »

Le conseil de santé, après mûre délibération, a répondu négativement aux deux premières questions, et affirmativement aux deux dernières.

Selon M. Moreau, cette opinion basée sur l'appréciation raisonnée des faits, nous paraît seule admissible, surtout après les réflexions judicieuses et les développements donnés par M. P. Dubois, qui, en s'attachant plus à l'esprit qu'à la lettre des questions, les a posées de la manière suivante:

1° Les lésions observées ont-elles été le résultat de violences insensées exercées par la femme J. G. sur elle-même?

2° Les lésions résultent-elles de violences criminelles exercées par des mains étrangères?

3° Les lésions sont-elles la conséquence des efforts naturels auxquels la femme J. G... se serait irrésistiblement livrée?

4° La mort de la femme J. G... a-t-elle été le résultat de ces lésions? (Voyez *Presse Médicale*, tome I, page 133, et Moreau, t. I, pag. 215.)

Diagnostic. Nous avons déjà dit que la rétroversion était une des maladies de matrice les mieux connues; cependant l'erreur est encore possible, et ce déplacement de l'utérus peut même être confondu avec des lésions qui sont extrêmement différentes. Ainsi l'ascite peut simuler la rétroversion, car l'ascite distend le bas-ventre, et quelquefois refoule le vagin, en lui faisant faire des bourrelets jusque dans la vulve; aussi, dans plusieurs cas de rétroversion, des médecins ont cru à une hydropisie péritonéale (1); ce qui trompait surtout c'était la fluctuation de l'abdomen qui était due à une grande quantité d'urine retenue dans la vessie. Le toucher fait reconnaître, en pareil cas, la cause des accidents, laquelle est complétement découverte par le cathétérisme.

Ce n'est pas seulement du côté de l'abdomen, mais dans le bassin même qu'une tumeur peut simuler la rétroversion. Ainsi une tumeur, et surtout un kyste, développée entre le vagin et le rectum, remplissant la cavité pelvienne, refoulant en arrière l'intestin, en avant le vagin, en haut la matrice et la vessie, peut simuler une rétroversion (*Introd. à la prat. des accouch.*, par Denman, tome I, page 149); si avec cette tumeur il y a grossesse et qu'elle soit avancée, on palpe dans l'abdomen, à travers ses parois, le corps de l'utérus rempli par le produit de la conception, et on évite l'erreur. Cette erreur serait plus facilement commise, si la matrice était vide; mais alors si le doigt parvient à l'orifice de l'utérus, il constatera à sa direction, à sa mobilité, l'indépendance mutuelle de l'organe et de la tumeur. D'ailleurs le kyste ou une autre tumeur n'occupe pas toujours exactement la ligne médiane, elle est quelquefois latérale; elle a souvent des duretés, des inégalités qui la distinguent de la tumeur formée par la matrice en rétroversion : lisez les deux observations citées par le professeur Cruveilhier (2); elles se rap-

(1) Bellanger, *Revue méd.*, t. I, 1824, p. 229; Lallemand, *ibidem*, t. II, 1824, p. 191.

(2) Art Acéphalocystes du *Dict. de méd. et de chirurg. pratiques.* Paris, 1829, t. I, in-8., p. 254 et suiv.

portent à des kystes renfermant des acéphalocystes.

«Dans un cas observé par l'un de nous, peut-être si le sujet eût été plus jeune, l'état des choses plus avancé, eût-on pu craindre des incertitudes telles que nous les signalons ici aux praticiens?

Obs. 3. » En ouvrant le corps d'une femme de soixante-quinze ans environ, nous trouvâmes l'excavation pelvienne occupée par l'ovaire gauche transformé en kyste séreux. Descendu entre le vagin et le rectum, ce kyste avait chassé la matrice de sa place; cet organe était remonté dans l'hypogastre avec la vessie aplatie et tiraillée. Il n'y avait point d'urine dans ce réservoir, preuve que la tumeur, quoique volumineuse, n'avait point gêné le cours du liquide. C'est, au reste, un symptôme qui pourrait servir encore à caractériser plus spécialement la rétroversion; car, comme l'observe judicieusement le docteur Bellanger, ce n'est pas la compression de l'urètre qui retient ici l'urine, il faudrait pour cela que la tumeur fût énorme; c'est la saillie que fait dans la vessie le col conoïde de l'utérus, saillie qui refoule le bas-fond, et s'avance comme un tampon, sur l'orifice du col vésical.

» Si la possibilité de l'erreur a été suggérée à l'un des collaborateurs du présent ouvrage, par l'état des choses dont on vient de lire l'exposé, elle a été démontrée à l'autre par un fait que nous croyons devoir rapporter ici avec quelques détails.

Obs. 4. » Une fille, âgée de vingt-deux ans, fut apportée à la maison de santé du faubourg St-Denis. Depuis cinq jours, elle était affectée d'une constipation opiniâtre, d'une strangurie complète, et, plus récemment, de vomissements répétés de matière verdâtre. La fosse iliaque gauche était douloureuse et tuméfiée. On commença par la couvrir de sangsues, puis de cataplasmes émollients; on y joignit des bains de siége. Vainement on voulut administrer des lavements émollients, ils ne purent pénétrer dans l'intestin. Le cathétérisme fut aussi essayé sans succès, tant l'urètre était comprimé. Le toucher nous fit aisément reconnaître le matériel de la cause à laquelle étaient dues ces particularités, sans nous éclairer sur sa nature. Une tumeur énorme remplissait toute la capacité du petit bassin : le vagin en était si fortement repoussé d'arrière en avant, qu'il devenait impossible de glisser le doigt derrière les pubis. La malade ne rejetant point la possibilité d'une grossesse, la première idée qui nous vint fut celle d'une rétroversion; mais nos tentatives de réduction furent inefficaces. Quelques jours plus tard, mon diagnostic s'étant affermi de l'approbation des professeurs Dubois et Béclard, et les accidents étant les mêmes, je renouvelai mes efforts, après avoir fait administrer un bain tiède et vidé la vessie par l'introduction de la sonde. J'essayai même de faire basculer l'utérus, à l'aide d'un levier porté dans le vagin, sous les pubis, et qui devait déprimer le col utérin, tandis qu'un élève en médecine repoussait en haut le fond de l'organe avec les doigts insinués dans le rectum. La réduction ne fut pas obtenue, mais il y eut une amélioration telle, que la malade put uriner abondamment sans le secours de l'art, et qu'une douche ascendante put le lendemain pénétrer dans le rectum, et procurer une copieuse déjection. Depuis lors, les évacuations d'urine et de matières fécales furent spontanées; mais le ventre était tendu, douloureux, surtout vers la région iliaque gauche; on revint donc encore aux sangsues et aux demi-bains.

» Nous avions réitéré nos tentatives de réduction, et les explorations qui en étaient nécessaires compagnes avaient commencé à nous inspirer des doutes sur notre première détermination : de son côté, le professeur Dubois avait, en y réfléchissant, conçu les mêmes incertitudes. Quoique indolente et lisse, comme l'utérus gravide, la tumeur était dure, rénitente, sans apparence de fluctuation ni de ballottement, soit du côté du vagin, soit du côté du rectum. N'était-ce point un engorgement de l'ovaire précipité dans le bassin, ou bien une tuméfaction de la cloison recto-vaginale? C'est en partie sur cette idée que nous employâmes le spéculum pour mettre à découvert la paroi postérieure du vagin et y appliquer douze sangsues. Il en résulta une diminution considérable dans le volume de la tumeur; l'utérus put redes-

cendre dans le vagin et se laisser toucher et apprécier dans ses dimensions normales, quoique repoussé encore en avant et dans une direction verticale. L'erreur d'un premier diagnostic était ainsi complétement démontrée, et c'est là que se bornèrent nos recherches; car la malade quitta l'établissement pour entrer à l'hôpital de la Charité.» (Madame Boivin et Dugès, tome I, page 146.)

Une observation insérée, en 1812, dans les *Bulletins de la faculté de médecine*, par le docteur Jourel, prouve que quelquefois les difficultés du diagnostic sont grandes.

Obs. 5. Chez une femme, il y avait des signes de grossesse; elle fut exposée à des secousses violentes et répétées, suivies de perte de sang, de douleur aux lombes, de pesanteur au périnée, de difficulté dans la marche et la défécation. La perte continue pendant quatre mois; les accidents augmentent; le toucher fait reconnaître une tumeur remplissant l'excavation pelvienne, comprimant le rectum et la vessie. Efforts inutiles pour la réduction de l'utérus, supposé en rétroversion; tentatives infructueuses pour porter une sonde dans l'orifice de la matrice et percer les membranes; enfin ponction à travers la paroi postérieure du vagin. Une livre d'eau sanguinolente s'écoule; ramollissement de la tumeur, amélioration de l'état général, rétablissement du cours des urines et des matières fécales. Beaucoup de sérosité continue à s'écouler par le vagin; plus tard (dix-sept jours après la ponction), la matrice reprend sa place ordinaire; quoique toujours recourbée, on lui connaît son volume naturel; du pus coule quelque temps par le rectum. Six semaines après, les règles reparurent et la santé se rétablit, sans qu'aucun débris d'embryon ni de ses enveloppes eût été sensiblement expulsé au dehors.

Cette dernière circonstance, selon madame Boivin, serait certes miraculeuse, et c'est pour elle la preuve péremptoire, non que le fœtus a pu se dissoudre, comme l'a pensé Désormeaux, mais qu'il n'y avait ici ni grossesse ni rétroversion, mais bien tumeur vidée par la ponction et guérie par l'inflammation, la suppuration de ses parois.

Les cas de grossesses extra-utérines qu'on a confondues avec des rétroversions ne sont pas rares. Voici un fait qui prouve que l'erreur a été reconnue: Dans son livre des *Maladies des femmes*, 1re partie, page 108, M. Nauche dit qu'on sentit dans le vagin une tumeur volumineuse, ovoïde, paraissant contenir un corps étranger (et de l'eau). Le col de l'utérus était porté en avant au-dessus des pubis; on pouvait le saisir avec l'indicateur, le ramener vers le conduit vulvo-utérin et introduire l'extrémité du doigt dans son orifice extérieur, lequel était mou et entr'ouvert.

« Cette circonstance, selon Dugès et madame Boivin, devait éloigner l'idée de rétroversion : c'était bien là le cas d'insinuer, selon le conseil de White, un stylet dans l'utérus pour s'assurer de sa vacuité, exploration ordinairement impraticable dans la rétroversion, moins à cause de la plénitude du viscère que de la situation qu'il affecte. Toutefois, des praticiens distingués (Dubois, Dupuytren, Capuron, Lisfranc, Maygrier, Londe) crurent à la rétroversion. La réduction vainement essayée, les accidents s'aggravèrent, et l'on se décida à faire une ponction à la tumeur : écoulement de liquide roussâtre, environ trois onces, tranchées, défaillances, réduction tout aussi impossible qu'auparavant. L'écoulement continue; la tumeur diminue un peu; l'utérus s'abaisse, et son col se rapproche de l'arcade pubienne; du sang s'écoule par le rectum; plus tard il devient fétide; on sent, à deux pouces au-dessus de l'anus, une ouverture qui établit communication entre le rectum et un kyste dont s'échappe bientôt, par cette voie, un fœtus putréfié, en lambeaux, et suivi, peu après, des restes de ses annexes. La femme ne tarda pas à succomber, et l'ouverture du cadavre fit connaître que la matrice était vide, mais adhérente seulement aux parois du kyste qui avait renfermé le produit de la conception.» (Boivin et Dugès, *Maladies de l'utérus*, tome I, page 143.)

Pronostic. Dans tout ce qui a rapport à cette partie de l'histoire des rétroversions de la matrice, il faut distinguer nettement les cas de rétroversion avec grossesse des cas où il n'y a pas grossesse. Il n'y a pas à

comparer les effets de la rétroversion de l'utérus pendant son état de vacuité aux effets de la même déviation pendant la grossesse ; ici les effets sont de véritables accidents, tandis que pendant l'état de repos de l'utérus, il peut n'exister que des effets qui constituent plutôt une infirmité supportable qu'une maladie grave et compromettante pour la vie.

Une circonstance à considérer dans le pronostic de la rétroversion, c'est son plus ou moins d'ancienneté, soit qu'elle ait lieu pendant la grossesse, soit qu'elle se produise pendant l'état de vacuité. Pendant l'état de grossesse, si on a négligé de réduire la matrice, à son développement, produit par la grossesse, se joint l'engorgement dû à son déplacement, aux difficultés de sa circulation ; de là donc moins de chances pour une réduction facile, pour une guérison sans avortement, sans accidents plus graves encore. Dans l'état de vacuité, l'ancienneté de la maladie aggrave le pronostic en ce sens qu'elle rend une réduction complète plus difficile et une récidive très-facile.

D'ailleurs, après avoir prouvé par les faits et le raisonnement les dangers de la rétroversion, nous ne devons pas omettre de dire que plus d'un fait dans la science prouve que la nature seule a pu opérer la réduction, et qu'elle a suffi pour empêcher la reproduction de cet accident.

Traitement. Si on parvient à réduire la matrice, c'est-à-dire à lui rendre sa situation normale, on a alors beaucoup fait et quelquefois on a, par cela même, accompli la guérison. Mais il arrive malheureusement trop souvent que la réduction offre des difficultés, et qu'une fois obtenue, de nouvelles difficultés se présentent pour empêcher la reproduction de l'accident. Nous nous occuperons bientôt de ces difficultés et des moyens de les lever, indiquant d'abord le procédé de réduction. Nous allons le faire d'après Boyer qui est fort clair dans sa description : « Réduire dans sa situation naturelle la matrice renversée en arrière, c'est en relever le fond et en abaisser le col. Pour y parvenir, il faut donner à la femme une position dans laquelle les viscères du bas-ventre fassent le moins possible d'efforts sur la matrice : ainsi elle se placera sur les coudes et sur les genoux, de manière que le bassin soit plus élevé que le ventre et la poitrine ; si elle ne pouvait garder cette position, qui est fort gênante, on la ferait coucher sur le dos, les jambes et les cuisses fléchies, en ayant soin de placer des oreillers sous le bassin, afin qu'il soit plus élevé que le reste du tronc. Mais quelle que soit la position de la femme, il est utile qu'elle ne fasse aucun effort pendant qu'on s'occupe de la réduction. Pour opérer le replacement de la matrice, on en repousse le fond de bas en haut et de derrière en devant au moyen de plusieurs doigts portés méthodiquement dans le vagin. Si ce procédé ne réussit pas, on introduira deux doigts dans le rectum, à dessein de repousser le fond de la matrice au-dessus de l'angle du sacrum, en même temps qu'on abaissera le col, si on peut l'atteindre, au moyen de deux doigts de l'autre main portés dans le vagin. On ne peut rien dire des efforts nécessaires pour ramener la matrice à sa direction naturelle : quelquefois il en faut peu, d'autres fois il en faut de longs et de pénibles. Dussaussoy assure que n'ayant pu réduire la matrice dans un cas de cette espèce, avec l'indicateur et le doigt du milieu placés dans le rectum, parce qu'ils n'agissaient pas avec assez de force, il en vint cependant à bout en portant la main entière dans le fondement, où elle pénétra sans peine en plaçant les doigts à des distances égales les uns des autres sur tout le contour de la tumeur formée par le fond de la matrice, de manière à embrasser parfaitement sa circonférence. Si les premières tentatives ne réussissent pas, on en fera de nouvelles avec la circonspection que commande l'état des parties. La crainte de provoquer l'avortement ne doit point arrêter le praticien. Indépendamment de ce qu'il n'est pas toujours la suite de pareils efforts, c'est que le danger auquel la rétroversion de la matrice expose la mère et l'enfant sera bien plus grand et plus certain si l'on ne replace pas ce viscère à temps. » (Boyer, *maladies chirurgicales*, t. x, p. 551.)

Les difficultés de la réduction peuvent venir des complications, c'est-à-dire de la plénitude des organes voisins ou de l'engorgement, du trop grand développement

de la matrice ; ces états peuvent se combiner et se rencontrer encore avec un retrécissement du bassin.

La complication la plus fréquente, celle qui peut apporter des obstacles à la réduction, c'est la rétention des urines et des matières fécales. En vidant la vessie et le rectum, on établit un vide dans le bassin, on donne du jeu, de la liberté à l'utérus, lequel peut être alors ramené plus facilement à sa position normale.

Pour l'évacuation de l'urine, on se sert du cathétérisme qui n'est pas alors toujours très-facile, car la vessie en se distendant s'est élevée dans la cavité abdominale et a entrainé la portion supérieure de l'urètre en haut, et l'a appliquée contre le pubis ; la sonde alors devra avoir une plus forte courbure que celle de la sonde de femme ordinaire, et ce serait le cas peut-être d'employer la sonde plate. Avec de l'habitude et du temps, il est rare qu'on ne parvienne pas à obtenir l'évacuation de l'urine par le cathétérisme, et nous doutons qu'on soit obligé d'en venir au moyen extrême proposé par plusieurs chirurgiens, par Chopart et Desault (1) et par Sabatier lui-même, c'est-à-dire à la ponction de la vessie au-dessus du pubis. Cette opération n'avait pas seulement été proposée pour faciliter la réduction de la matrice, mais encore pour empêcher la rupture de la vessie qui se distend quelquefois d'une manière extraordinaire.

L'évacuation des matières fécales sera provoquée par des lavements qu'on sera obligé de répéter. Ils sont quelquefois insuffisants, il faut alors se décider à introduire dans le rectum un ou plusieurs doigts, une cuiller, une curette pour vider cet intestin.

Il est évident que la plénitude de la vessie, celle du rectum peuvent réellement apporter des obstacles à la réduction, mais nous croyons qu'on a exagéré ces difficultés. Les plus grandes difficultés viennent de la matrice elle-même et du bassin. Il faut donc agir sur elle ; on a même conseillé d'agir sur le bassin.

On agit sur la matrice indirectement et directement. 1° *Indirectement* par les émissions sanguines locales, générales et les bains. Il est presque toujours utile d'employer ces moyens d'une manière plus ou moins énergique, car ils peuvent singulièrement favoriser les manœuvres de la réduction. Il y a ici une espèce d'étranglement. C'est la matrice qui en se développant va se comprimer contre le bassin qui ne fait que résister. Or, communément dans tous les étranglements par engorgement de l'organe étranglé, il convient d'agir sur cet organe pour diminuer son volume et le mettre plus en rapport avec les diamètres du bassin. On sait que les saignées portées très-loin, les bains ont de bons résultats dans les autres étranglements, on doit donc les essayer ici. Dewees est le praticien qui a adopté de la manière la plus complète ce principe de thérapeutique chirurgicale ; il accorde en effet une confiance entière à la saignée, il l'a portée jusqu'à la défaillance au moment d'opérer. La plupart des praticiens ne considèrent les évacuations sanguines que comme un moyen de détente qui agit lentement En effet, en employant ce moyen, Baudelocque dut attendre dix jours pour opérer la réduction.

2° *Directement.* On agit directement sur la matrice avec la main seule ou armée d'un instrument qui agit sur elle sans la diviser ou qui opère une division. M. Amussat reconnaissant qu'avec le doigt et par ses seules forces il ne peut parvenir assez haut dans le rectum pour soulever convenablement la matrice, se sert d'un aide qui pousse le coude, et de cette manière il réduit plus facilement. Il est bien entendu que ce praticien introduit un autre doigt dans le vagin, qui abaisse le col, pendant que le doigt qui est dans le rectum relève le corps de l'utérus. (Voyez le mémoire déjà cité de M. Amussat.) M. Amussat ne rapporte que deux faits de réduction par ce procédé, et il en est un qui nous paraît peu concluant. Nous pensons qu'il vaut mieux, comme le veut Dussaussoy, introduire la main dans le rectum, surtout depuis que M. Mayor a prouvé que cette manœuvre présentait moins de difficultés et avait moins d'inconvénients qu'on ne pense. M. Moreau préfère un *ajoutage* à la main ; il se sert, comme on va le voir, d'une baguette particulière. Nous citerons une observation

(1) Voyez leur Traité de chirurgie.

de M. Evrat qui prouve l'efficacité de ce moyen.

« De tous les procédés, dit M. Moreau, voici celui qui nous a le mieux réussi ; il consiste à faire coucher la femme sur l'un des côtés, à prendre une baguette longue de huit à dix pouces, garnie à son extrémité d'un tampon de linge enduit d'un corps gras, à l'introduire dans le rectum pour refouler le fond de l'utérus de bas en haut, tandis qu'avec deux doigts placés dans le vagin on accroche le col pour le porter en bas et en arrière. Ce procédé très-simple, dû à M. Evrat, a été employé par ce praticien distingué, il y a plus de trente ans, dans le cas suivant :

Obs. 7. » Une femme qui habitait rue Cherche-Midi, n° 14, enceinte de cinq mois environ, affectée de rétroversion, éprouvait quelques-uns des accidents graves que nous avons dit survenir en pareille circonstance. Les essais de réduction, faits par plusieurs médecins, entr'autres par Coutouly, avaient été infructueux ; M. Evrat en présence de ses confrères, fit coucher la femme sur le côté gauche, introduisit dans le rectum une baguette garnie d'un tampon de linge enduit de cérat, puis portant deux doigts dans le vagin, il saisit le col de l'utérus et faisant manœuvrer les doigts et la baguette en sens inverse, il rétablit, non sans peine, l'utérus dans sa position normale. Malgré les efforts longs et soutenus auxquels il fallut se livrer pour redresser l'utérus, cette femme conserva sa grossesse, parvint à son terme et accoucha heureusement de deux jumeaux bien portants. » (*Traité pratique des acc.*, t. I, pag. 224 et suiv.)

Malgré l'autorité d'Evrat et celle du professeur Moreau, nous préférerions employer la réduction *forcée* par la main introduite dans le rectum, que de faire usage de cette baguette dont l'action ne peut jamais être aussi méthodique.

Quand la réduction n'a pu s'opérer, la matrice conservant le produit de la conception, on a pris le parti de produire l'avortement, soit en agissant sur l'œuf par l'ouverture naturelle de la matrice, soit en faisant une ouverture anormale, c'est-à-dire une ponction à l'utérus. La ponction peut être faite par le vagin ou par le rectum. Cette opération a été conseillée par Hunter ; elle est d'une gravité telle qu'on ne doit y recourir que quand le danger est extrême, et quand tous les autres moyens ont complétement échoué. D'ailleurs, la première application de l'idée de Hunter est toute récente. C'est Jourel à Rouen qui a, le premier, pratiqué cette opération en 1811 ; puis en 1813 M. Viricel la répéta à Lyon, et dans ces deux cas le succès a couronné ces hardies entreprises. Mais, dit M. Moreau, répétée plusieurs fois depuis, cette opération a eu des résultats bien différents. Il est à notre connaissance que plusieurs opérations de ce genre ont été faites et que les femmes n'ont pas survécu (*Loc. cit.*, tome I, page 227).

Les deux opérations qui auraient été faites avec succès, ne présentent pas les mêmes circonstances ; la première d'ailleurs laisse des doutes dans l'esprit, et c'est ce qui a déterminé M. Moreau à en donner l'extrait suivant :

Obs. 8. « Une femme, âgée de 23 ans, d'un tempérament lymphatique, ayant eu un accouchement heureux plusieurs années auparavant, éprouva tous les symptômes d'une nouvelle grossesse. Six semaines après leur manifestation, à la suite d'une espèce d'orgie, dans laquelle elle fut balancée et secouée par quatre hommes, qui la tenaient suspendue par les bras et les jambes, elle fut tourmentée d'un écoulement de sang par le vagin, de douleurs aux reins, aux aines, d'un sentiment de pesanteur au périnée, de difficultés dans la marche et dans l'excrétion des matières stercorales. M. Jourel, consulté au bout de quinze jours, conseilla le repos, les boissons légèrement astringentes, et ne vit pas la malade pendant un mois qu'elle alla habiter la campagne.

» Au bout de ce terme elle lui apprit que la perte de sang n'avait cessé que depuis deux jours, mais que tous les autres accidents avaient progressivement augmenté, au point qu'elle rendait très-difficilement les urines et les matières fécales. Leur sortie fut sollicitée à l'aide de la sonde et d'un lavement. Le 13 septembre, six jours après le retour de la malade, M. Jourel reconnaît une rétroversion de l'utérus, vide la vessie et le rectum, fait des tentatives infructueuses de réduction. Le lendemain, 14 septem-

bre, cette femme ayant été saignée, et baignée à plusieurs reprises, M. Jourel et trois de ses confrères essayèrent en vain de replacer l'utérus ou de le vider en introduisant un cathéter dans le col; alors on se décida à en pratiquer la ponction. Cette opération faite à travers la paroi postérieure du vagin avec un trois-quarts à hydrocèle, laisse écouler environ une livre d'eau sanguinolente.

» On ne réduit point l'utérus; divers accidents surviennent et sont combattus avec succès par des moyens appropriés ; l'excrétion des urines est en partie volontaire et en partie involontaire. Huit jours après l'opération, des signes d'adynamie se manifestent, avec écoulement grisâtre et putride par le vagin, et sortie involontaire et abondante de l'urine dans la position verticale ; le 27 septembre, le col se redresse; le 2 octobre, l'organe a repris son volume et sa place ; le 10 octobre, la malade est bien, et part pour la campagne ; le 25 décembre les règles reparaissent, et depuis ce moment cette femme a joui d'une bonne santé. » (*Bulletin de la faculté de médecine de Paris*, tome III, page 193.)

Selon M. Moreau la quantité considérable de liquide qui s'est écoulée pendant l'opération, les particularités qui ont été présentées par les urines pendant le traitement, puis cette circonstance qu'il n'y a eu ni fœtus, ni membranes, ni rien de ce qui constitue les parties de l'œuf pendant et après l'opération; tout cela pourrait laisser croire, qu'au lieu d'ouvrir l'utérus, on a ouvert la vessie.

M. Viricel, au lieu de procéder par le vagin, introduit l'instrument par le rectum.

Obs. 9. Philiberte Carlin, de Tournus, âgée de 38 ans, mariée depuis dix-huit mois, enceinte de cinq mois environ, éprouvait depuis un mois seulement de grandes difficultés pour uriner, accompagnées de violentes coliques. Affectée d'une rétention d'urine, elle vint à l'hôpital de Lyon pour réclamer les secours de l'art. M. Viricel ayant examiné la malade, reconnut une rétroversion de l'utérus ; le doigt indicateur, porté dans la vulve, sentait une tumeur à travers la paroi postérieure du vagin; celui-ci était appliqué contre la symphyse du pubis, avec tant de force que le doigt pouvait à peine y pénétrer ; il se dirigeait presque directement en haut, et l'on ne pouvait parvenir jusqu'au col de la matrice. La vessie fut vidée par une cathétérisme difficile ; la réduction n'a pas été tentée. Les douleurs qu'éprouvait la malade ne permettant pas de différer davantage, M. Viricel pratiqua avec un trois-quarts courbe la ponction de la tumeur par le rectum, dans le point qui offrait le plus de fluctuation; il sortit par la canule à peu près une demi-pinte d'une sérosité claire et sans odeur; le ventre s'affaissa un peu; la femme fut soulagée, éprouva peu de douleur, soit pendant l'opération, soit après. Le cinquième jour, vers neuf heures du matin, après deux ou trois heures de contractions utérines, un fœtus mort, bien conformé et du terme de cinq mois environ, fut expulsé. Après l'avortement, l'utérus reprit sa position normale. Au bout d'un mois, cette femme est sortie de l'hôpital, n'éprouvant d'autre incommodité qu'une incontinence d'urine, dont elle a guéri depuis. (Voy. *Obs. chirurgic. recueillies à l'Hôtel-Dieu de Lyon. Thèses de Paris* 1813, page 22, n° 78.)

Le procédé qui a été suivi ici, c'est-à-dire le procédé rectal, paraît préférable. Car il y a un avantage à agir sur le corps de l'utérus et sur le point le moins épais de ses parois. Or dans les premiers mois de la grossesse le développement de l'utérus se faisant surtout par le corps, le fond de l'organe, il est plus facile de le pénétrer par là, et c'est d'ailleurs le lieu déclive.

Voici une observation remarquable qui a été communiquée à M. Moreau; elle prouve les dangers de cette opération.

Obs. 10. « Marie Catherine Olling, de Villebringue, agée de 33 ans, servante, d'une stature assez élevée, d'une constitution forte, n'avait jamais eu de maladie; la menstruation s'était établie chez elle, à quatorze ans, d'une manière périodique, régulière et facile. Deux accouchements se firent par les seules forces de la nature, et en peu de temps.

» Lorsque cette femme entra à l'hôpital de Louvain, 20 novembre 1834, il y avait

trois mois que le flux menstruel avait cessé de paraître, circonstance qui, jointe aux nausées, lui faisait croire qu'elle était enceinte.

» Vers le commencement d'octobre (environ six semaines après l'époque de la suppression des règles) elle éprouva de la gêne pour uriner et pour aller à la selle. Le 13 du même mois, pendant qu'elle vaquait à ses occupations, il lui survint tout à coup, et par suite de l'impression du froid (dit-elle), une douleur dans la région hypogastrique plus vive que celle de l'enfantement, accompagnée d'un ballonnement considérable du ventre. Forcée de se mettre au lit, elle souffrit cruellement toute la nuit. Le lendemain, le ballonnement avait en grande partie disparu, les souffrances avaient diminué. Comme il y avait constipation et rétention d'urine, elle consulta un pharmacien qui lui administra des purgatifs et quelques tisanes probablement diurétiques. Les évacuations alvines et urinaires s'ensuivirent, mais la difficulté pour uriner et pour aller à la garde-robe persista. Les symptômes s'étant aggravés, le 19 novembre, la malade se décida à entrer à l'hôpital ; elle était dans l'état suivant :

» Décubitus sur le dos, flexion des jambes sur les cuisses, des cuisses sur le bassin ; face pâle, décomposée, grippée, paupières supérieures pendantes, yeux enfoncés dans les orbites, ailes du nez se dilatant à chaque inspiration, lèvres pâles, sèches ; dents fuligineuses, paroles faibles, entrecoupées ; amaigrissement général, peau sèche et chaude, douleur vive, continue, s'exaspérant par la moindre pression dans toute l'étendue de l'abdomen, se propageant de l'hypogastre au périnée, aux lombes, aux aines, et jusque vers la partie supérieure et interne des cuisses. Hoquet, vomissements fréquents d'un liquide vert foncé, grumelé ; langue rouge à sa pointe et à ses bords, couverte d'une couche jaunâtre à son centre ; sensation d'amertume dans la bouche, prompt vomissement de tout ce que la malade ingère, pouls faible et accéléré, respiration gênée, fréquente, costale ; intégrité des facultés intellectuelles, rétention complète d'urine ; le cathétérisme fournit un liquide trouble, mêlé de sang, extrêmement fétide, et déposant une grande quantité de matière purulente ; le canal de l'urètre est placé dans une direction presque verticale, derrière le pubis.

» Pour confirmer le diagnostic d'une affection que les symptômes énumérés permettaient assez de soupçonner, M. Craninkx eut recours au toucher.

» Par le vagin, il trouva le museau de tanche au niveau du bord supérieur du corps des pubis ; ses lèvres étaient molles, assez épaisses, et laissaient entre elles une petite ouverture arrondie qui permettait d'y introduire l'extrémité du doigt. Il rencontra en haut du vagin un segment de sphère formé par la matrice. Celle-ci offrait le volume d'une tête d'enfant à terme.

» Par le rectum, le doigt rencontrait le même corps qui pesait sur l'intestin, et le déprimait de manière à l'oblitérer en quelque sorte. La tumeur occupait une grande partie de l'excavation du bassin.

» Les symptômes qui avaient précédé l'examen attentif de ceux qui existaient au moment de l'entrée de cette femme à l'hôpital, l'exploration des organes génitaux, autorisaient à croire qu'il y avait : 1° Grossesse de trois à quatre mois ; 2° rétroversion de la matrice ; 3° cystite et péritonite consécutives.

» La femme étant placée dans la position la plus convenable, M. Cranninkx introduisit les doigts dans le vagin et dans le rectum pour replacer l'utérus dans sa position naturelle ; la même tentative, faite au moyen d'une sonde placée dans l'ouverture du col, échoua également. La matrice restait fixe, comme enclavée entre le sacrum et le pubis. On prescrivit des cataplasmes, des lavements, une potion calmante, et quelques sangsues sur les points les plus douloureux de l'abdomen. On sonda la femme.

» Le lendemain les mêmes tentatives furent renouvelées avec le même insuccès. Dès lors, la ponction de la matrice parut être la seule ressource pour replacer ce viscère dans sa situation naturelle et sauver la mère aux dépens de l'enfant, s'il en était temps encore. MM. les professeurs Baud et Lauthier étant du même avis sur ce point, M. Cranninkx procéda immédiatement à l'opération. La matrice se

trouvant, par suite de son renversement, assez rapprochée de la vulve, on put se servir d'un trois-quarts à hydrocèle ; on le conduisit au moyen de l'indicateur gauche, il fut enfoncé à travers la paroi postérieure du vagin et de la matrice Il s'écoula à l'instant même environ une pinte de liquide qui offrait tous les caractères de l'eau de l'amnios, et la matrice diminua considérablement de volume. La malade n'avait éprouvé aucune douleur, elle se disait soulagée; ainsi que l'opérateur, elle concevait quelque espoir. La face s'étant ranimée et le pouls relevé, on renouvela immédiatement après les tentatives de redressement. La matrice réduite au tiers du volume qu'elle avait avant la ponction, se laissa déplacer un peu; on put amener le museau de tanche au niveau de l'arcade pubienne, et relever légèrement le fond du viscère. Quelques boissons adoucissantes et légèrement nourrissantes furent accordées à la femme. Dans l'après-midi de la même journée, le pouls redevint petit ; le hoquet et les vomissements reparurent, ils devinrent de plus en plus fréquents dans la soirée ; les extrémités se refroidirent, et la mort arriva vers le milieu de la nuit.

» *Nécropsie.* A l'ouverture de l'abdomen, on trouva les traces d'une péritonite générale ; épanchements, fausses membranes, adhérences, etc. La vessie était percée d'une ouverture gangréneuse, et avait contracté des adhérences avec l'épiploon. La matrice placée presque parallèlement au détroit supérieur, était plongée dans l'excavation et offrait le volume du poing ; sa face antérieure était dirigée vers la cavité abdominale. La symphyse ayant été divisée et écartée des pubis, on trouva le col placé au niveau de la partie supérieure de l'arcade pubienne; les membranes étaient engagées dans l'ouverture du col, celle-ci offrait la largeur d'une pièce de deux francs. La matrice contenait un fœtus de trois à quatre mois en position occipito-cotyloïdienne gauche. Le fond du viscère était adhérent à l'intestin rectum, qui, par anomalie, occupait le côté droit du bassin. Le diamètre sacro-pubien était de quatre pouces quatre lignes ; la courbure du sacrum était un peu plus prononcée que dans l'état ordinaire. »

ARTICLE XI.

Renversement de la matrice.

De toutes les lésions physiques de la matrice, celle qui paraît la plus extraordinaire est produite par une espèce de déplacement que l'organe exécute pour ainsi dire dans lui-même : le fond se déprime en cul de bouteille dans la cavité du corps; ce fond entraîne les parois dans son mouvement d'invagination; il se présente au col, l'entr'ouvre et le franchit. C'est donc là une espèce de hernie de la matrice par le museau de tanche. De tout l'organe c'est le museau de tanche qui ne change pas sensiblement de place Mme Boivin et Dugès assurent que la dernière partie du col, la plus inférieure, enfin le museau de tanche se retourne quelquefois. La surface péritonéale est désormais interne et tapisse la cavité utérine; la muqueuse est par conséquent externe.

C'est là ce que les auteurs ont appelé le *renversement*, l'*inversion*, l'*introversion* de la matrice. Ces dénominations ayant toutes leurs défauts et celles que nous pourrions proposer n'en étant pas exemptes, nous avons préféré le nom le plus usuel.

C'est Galien qui, le premier, a nommé la lésion ; mais, comme on l'a prétendu, ce n'est pas une preuve qu'il l'eût observée, ou qu'il en eût une notion fort nette. Nous ne parlons point de cet endroit (de l'*Usage des parties*, liv. XV, p. 781) (1) où il compare l'enfant et la matrice à deux lutteurs dont l'un entraîne l'autre dans sa chute; tout s'y rapporte à la chute de l'utérus et la comparaison n'en est pas moins juste. Mais voici un passage qui tout d'abord paraît plus favorable à l'opinion de

(1) ..... Fondus autem universus, quod potest proximè, ad os descendit, fœtum propellens foras; unà verò cum fundo, etiam quæ c ntinentes partes sunt, quæ scilicet veluti latera totius instrumenti sunt, suppetias in toto opere ferentes, trudunt propelluntque fœtum foras universum. Non paucis quoque mulierum quæ utique immodicè hujusmodi facultate sunt usæ, violenti dolores totum uterum excidere subegerunt. Simili quodam in his accidente ei quod in luctu et contentione sæpe visitur, quando qui alteros evertere dejicereque nituntur, ipsi unà concidunt. Ità namque uterus dum fœtus extrudit, ipse aliquando simul excidit.

ceux qui attribuent à Galien l'honneur d'avoir connu le premier le renversement de la matrice. Nous le copions dans le texte :

« Νόησον δέ μοι πάλιν ἐκτρεπομένην τε ἅμα » καὶ προήπουσαν ἔξω τὴν μῆτραν. Ἀρ' ἀνάγκη » και νυν ἔσωθεν μὲν αὐτῆς γενέσθαι τοὺς ὄρχεις » αὐτὴν δὲ ἔζωθεν αὐτοῖς οἷον ὀσχέον τινα περι- » κεῖσθαι, τὸν δ' ἐντὸς τοῦ περιναίου τέως κατὰ » κεκρυμμένων αὐχενα νῦν ἐκκρεμη γενόμενον, » ἀνδρεῖον αἰδοῖον ἀποτελεσθῆναι, καὶ τὸ γυναι- » κεῖον αἰδοῖον, ἐπ' φυσις οὖσαν δερμητοδη, τοῦ » δε τοῦ αὐχενος εἰς τὴν ὀνομαζομένην πόσθην » μεταπεσεῖν. » (*Gal.*, édit. de Gottl. Kub., p. 160, t. IV).

« Représentez-vous la matrice retour- » née (ἐκτρεπομένην) et formant tumeur » en dehors ; il est *nécessaire* alors que » les testicules soient en dedans et qu'elle- » même les enveloppe à la manière du » scrotum, et que le col, auparavant caché » dans le périnée, pende au dehors et » figure les parties honteuses de l'homme » (la verge sans doute), et que les parties » honteuses de la femme, sorte d'épiphyse » cutanée, viennent former ce qu'on ap- » pelle le prépuce sur ce col. »

Galien poursuivait ici un parallèle entre les organes génitaux de l'homme et ceux de la femme et voulait établir qu'au fond les mêmes ils ne diffèrent que par leur position, extérieure dans un sexe, intérieure dans l'autre, il ajoute : *figurez*-vous l'utérus retourné..... νοήσον; ayez dans la pensée. Et puis « il est nécessaire que la matrice ainsi retournée enveloppe les testicules (les ovaires) comme un scrotum. » Il ne dit pas *rappelez-vous* le renversement de la matrice, qui alors enveloppe, etc., comme si c'eût été un fait connu; c'est une supposition qu'il forme, et il la suit dans ses conséquences. Et encore à la fin il s'égare, quand il termine par ces mots : « le col auparavant caché dans le périnée, se montre maintenant au dehors et figure la verge. » L'auteur ne se faisait pas une idée nette des choses, et cette obscurité a passé dans son langage; car *matrice retournée* et *col* au *dehors* dans l'attitude signalée sont deux points inconciliables. Tout ce qu'on peut conclure de là c'est que Galien, loin de reconnaître la maladie complétement, n'a pas même su l'imaginer complétement pour le besoin d'une comparaison que les modernes et surtout les Allemands ont mieux soutenue depuis en se l'appropriant.

Galien soupçonnait vaguement la lésion sans l'avoir observée; Arétée semble au contraire l'avoir observée sans la reconnaître. Il dit que « l'accident est terrible, souvent mortel..... qu'il arrive quand on arrache violemment l'arrière-faix..... nam cum secundæ vi extrahuntur, simul et uteris tunica extrahitur. Verum nisi pereat mulier, evertens eadem tunica admussim connectitur aut paulum extra proeminet. » (De morbis uteri.) Arétée semble indiquer un décollement, un prolapsus illusoire des couches internes du fond de la matrice. Si Arétée a vu le renversement de l'utérus, il n'a pas su en saisir le caractère. Celse, Ætius, Paul d'Egine et Rhazès se taisent sur ce point.

Il faut arriver jusqu'à Paré pour trouver cette lésion nettement indiquée. On dirait cependant qu'il ne l'a pas observée, car il n'en cite aucun exemple, mais il s'en faisait une idée très-exacte. Il l'appelait *perversion* de la matrice, et il en a mêlé la description à celle de la précipitation du même viscère. Peut-être ne lira-t-on pas sans intérêt le premier article sans équivoque qu'il nous ait été possible de trouver sur la matière.

« De la précipitation ov perversion de la matrice, c'est-à-dire tombée ov renversée hors de son lieu natvrel.

» La précipitation ou perversion de la matrice aduient quand elle est hors de son propre lieu, comme estant son fond relasché vers l'un des flancs et côtés, ou dedans son col, ou qu'vne grande partie d'icelle soit tout hors d'iceluy. Hippocrate, au traité des *Maladies des femmes*, dit qu'on a vu sortir la matrice hors du corps jusques aux cuisses, voire selon Ætius, aussi grosse qu'un œuf d'autruche qui ne peut être le seul col, sans que tout le corps n'y soit deuallé, renuersé et retourné comme un sac. Or cette masse de chair descendue n'a pas grand sentiment, mais sont les lieux dont elle est attachée qui sont fort sensibles.

» Les causes, signes et accidens de ce mal sont ou la relaxation, ou ruption des ligamens qui lient la matrice et la tiennent en son lieu naturel. Or ils se relaschent ou rompent le plus souvent après

un enfantement violent, ou par l'imprudence des matrones qui tirent la matrice d'avec l'arrière-faix par trop grande force, ce que j'ay vu aduenir plusieurs fois : aussi, par une véhémente extension lorsque la femme est grosse d'enfant, en estendant du linge, levant le bras en haut, ou leuant de terre un pesant fardeau ou autre chose semblable ; pareillement par un grand effort de crier ou par une toux violente ou par tenesme (c'est-à-dire grandes estreintes à s'efforcer d'aller à la selle ou de pisser), aussi cheutes, coups orbes donnés contre le ventre, ou chevaucher un cheval allant trop dur..... aussi pour avoir enfanté souvent, car l'enfant pesant au ventre, le fait relascher et descendre en bas..... Aristote, liv. VII, chap. 2 de *Hist. animal.*, remarque une autre cause de la cheute de l'utérus. A plusieurs femmes, dit-il, l'utérus tombe par le désir qu'elles ont de s'accoupler aux hommes, de sorte que leur amarry ne peut être remis en sa place que par le remede de la conception.

» Les signes que la matrice est descendue, c'est que la femme sent douleur aux parties esquelles la matrice est liée et attachée, à sçauoir aux flancs et aux lombes et à l'os sacré, et sent, au col de sa matrice une tumeur avec ses doigts; et si elle est d'avantage relaschée on la voit estre sortie hors la nature de la femme comme une chair rouge en forme d'oualle et diuerse en quantité suivant la relaxation : et aura, la femme, difficulté d'asseller et d'uriner, parce que ladite matrice comprime l'intestin droit et le col de la vessie : semblablement la femme sent en sa nature vne pesanteur et grande fascherie, et l'empêche de cheminer et de faire le ieu de Vénus.

» La récente ou nouuelle relaxation de la matrice en une ieune femme est curable, au contraire non. » (*Amb. Paré*, édit. de 1840, t. II, p. 740.) Plus loin Paré propose, comme il le dit lui-même, un singulier moyen de réduction.

« Or ie te veux icy aduertir d'un autre remède singulier pour retirer l'vtérus en haut, quand il est tombé, sçauoir : le vomissement, lequel souvent purge la pituite qui relaschait ligamens de l'vtérus et le rappelle en haut. Car comme l'vtérus par le coït se meut en bas pour receuoir la semence, ainsi par le vomissement le ventricule se montre pour ietter tout ce qui luy est nuisible au fond. Or le ventricule se leuant aussi en haut ensemble le péritoine, l'vtérus et toutes les autres choses qui luy sont attachées, par colligeance et connexion, seront retirées en haut : Pourquoy ne négligeras pas ce remède et regarderas à faire vomir la femme atteinte de ce mal (p. 744). »

Depuis Paré, Guillemeau (1), Mauriceau (2), Ruysch (3), Saviard (4), Dionis, Delamotte (5), Puzos, Smellie (6), Levret (7) ont fait marcher la science sur ce point. Malheureusement le plus important travail de Puzos sur le sujet a été presque complétement perdu, puisque les conclusions seules, sans les faits qui leur servent de base sont arrivées jusqu'à nous. Mais il y a un homme qui peut résumer cette époque sous ce point de vue, un homme qui a jeté un vif éclat sur la pratique des accouchements et sur les maladies de l'utérus, cet homme c'est Levret. Avant d'avancer dans le fond même de la question, donnons un exposé de la doctrine de cet auteur.

Voici comment s'exprime Levret à cet égard : « ..... On ne doit point être surpris de me voir mettre cette maladie au rang des descentes de matrice : sa nature l'y rappelle ; en effet, on entend communément par descente de matrice le déplacement de cet organe en bas : or il n'est pas possible que le fond de ce viscère passe à travers son orifice et que ce même fond ne descende pas au-dessous de son lieu naturel ; d'ailleurs les causes attractives ou expulsives qui déterminent cette maladie ne peuvent agir qu'elles ne tendent à faire descendre tout le corps de cet organe plus bas qu'il n'était avant d'être affecté de cet état contre nature ; on ne peut donc refuser à cette maladie le nom de descente de matrice, il ne faut qu'y

(1) De la grossesse et de l'accouch. des femmes, p. 243.

(2) Obs. sur la grossesse et l'accouch. 1738. Obs. 355 et 685.

(3) Obs. anatomico-chirurgicales, obs. 10.

(4) Rec. d'obs., par Lerouge, 1784, p. 67.

(5) Traité d'accouch., t. II, p. 256.

(6) Obs. sur les accouch., t. III, p. 534.

(7) Obs. sur la cur. rad. des polypes, p. 122.

ajouter seulement, *avec renversement de son fond à travers son col;* c'est là ce qui la différencie de la culbute (que l'on me passe le terme) de ce même fond par-dessus les os *pubis* : autre espèce de descente qui n'est pas ici de notre objet puisqu'elle dépend totalement de la grossesse. »

L'auteur, par un rapprochement forcé, range ici sous le même titre deux lésions qui n'ont entre elles qu'une analogie superficielle et qui sont au fond tout à fait distinctes. Dans le renversement de la matrice, l'abaissement simultané de l'organe n'est qu'un élément secondaire, partiel même. Dans le premier degré du renversement le viscère ne se déprime que dans un point, sans descendre en masse, se déforme plutôt qu'il ne descend. Aussi a-t-on bien fait plus tard de séparer ces deux affections.

« La hernie de la matrice avec renversement naissant de son fond, est la moins fréquente de toutes les espèces de descente de cet organe, parce qu'il est très-rare en effet de voir des hernies de cette espèce dont les causes n'aient été déterminées par l'incapacité des personnes qui ont trop tôt délivré les femmes qui venaient d'accoucher. On peut en effet tomber dans cette faute si l'on ne sait pas qu'il faut dans certaines circonstances donner du temps à la nature, pour qu'elle se dispose à expulser le placenta, et si l'on ignore entièrement que c'est toujours à elle, et non à d'autres, à en commencer le décollement.

» Si donc on était appelé pour remédier à un pareil accident, il faudrait sur-le-champ, ou bientôt après, réduire ce viscère dans son lieu naturel et dans sa situation ordinaire et l'y maintenir au moins pendant quelque temps par les moyens connus : sans ce prompt secours les victimes de l'ignorance seraient bientôt en danger de perdre la vie, par une des plus fâcheuses terminaisons de l'inflammation.

» Je ne prétends pourtant pas dire qu'aucune de ces infortunées ne puisse absolument survivre, et même très-longtemps à ce cruel accident; car je sais qu'on en a vu, mais les exemples sont très-rares.

» Je ne persuade pas non plus que cette maladie n'arrive qu'à la suite des accouchements : je sais au contraire que des auteurs dignes de foi assurent qu'ils ont vu des femmes attaquées de cette maladie longtemps après l'accouchement; j'en ai même un exemple que je vais rapporter dans un instant.

» Saviard et Mauriceau ont observé quinze descentes simples contre quatre compliquées de renversement. Mais si la maladie est rare, nous ne sommes pas cependant dispensés de la connaître, loin de là c'est un appât pour la curiosité, ou pour mieux dire un motif de plus pour exciter notre émulation et nos recherches afin de ne pas nous méprendre dans l'occasion, et par conséquent d'être alors en état d'y porter remède : c'est ordinairement un pessaire, et lorsque cet instrument n'est pas suffisant, un bandage artistement préparé pour cet effet.

» Mais comme il peut y avoir des gens de l'art qui, se trouvant isolés des secours nécessaires pour parvenir sûrement à ces connaissances, manquent d'exemple pour les y puiser, je me fais un devoir de décrire scrupuleusement l'observation suivante qui est celle que j'ai annoncée ci-dessus. » — Nous la donnerons en son lieu.

Causes et mécanisme. Nous examinerons les causes dans l'ordre de leur fréquence.

On placera donc, en première ligne, les tractions violentes exercées sur le délivre avant le décollement du placenta. Les exemples des résultats de cette mauvaise pratique fourmillent dans les auteurs et l'on comprend la raison qui en a encore diminué le nombre pour augmenter celui des renversements spontanés. Peu (p. 600), de la Motte (t. II, p. 1256) en rapportent des observations contenant des détails qui ont quelque chose de pénible à lire. L'ignorance produit l'accident et l'aggrave encore en traitant comme une môle la matrice retournée et qui en conséquence est lacérée. Une sage-femme de Paris, malgré l'arrivée d'un chirurgien qui lui signalait sa méprise, s'acharne, pour ainsi dire, sur sa victime et la voit expirer sous sa main. (Dailliez, p. 54). Une cause qui se rapproche beaucoup de la précédente par son

mécanisme, c'est la brièveté primitive du cordon ou celle qui résulte de son entortillement autour de quelques parties de l'enfant. Si sa longueur n'égale pas la distance de la vulve au fond de l'utérus, ce fond sera déprimé, pour peu que le placenta soit adhérent, au moment de l'accouchement, et cela d'autant plus que l'expulsion sera brusque et vigoureuse. Dans le cas qu'on va lire Baudelocque suivit tous les degrés de l'accident sans pouvoir l'arrêter. Nous citons encore, parce que les faits doivent entrer pour beaucoup dans la description d'une maladie rare et grave. On supplée en les méditant, ceux qu'on n'a pas pu observer personnellement, et on se prépare ainsi à les rencontrer sans étonnement et surtout sans méprise.

Obs. 1re. « Le 9 mars 1790, une jeune femme, impatiente de mettre un terme à ses douleurs, lorsqu'elle sentit la tête de son enfant au passage, au lieu de modérer ses efforts et de n'en faire que pendant les contractions de la matrice, comme le lui recommandait le professeur Baudelocque, en fit de plus grands et de plus prolongés, qui jetèrent rapidement l'enfant sur le lit, et, avec le placenta, le fond de la matrice dans le vagin; le cordon ombilical formait deux circulaires sur le col, trois sur l'une des jambes, et un autre sur l'un des bras. Un nouvel effort ensuite acheva de mettre dehors l'arrière-faix et l'organe auquel il était encore attaché, sans que l'accoucheur ait pu arrêter les progrès de ce renversement. Il avait remarqué la dépression profonde du fond de l'utérus, immédiatement après la sortie de l'enfant; que le bord de l'espèce de jatte formée par cette dépression était très-élevé au-dessus du pubis, qu'il s'inclinait du côté droit au côté gauche du bassin, dans lequel il semblait se prolonger et se perdre en arrière. Ce fut pendant que ce praticien s'occupait à dégager un des membres de l'enfant du cordon qui l'enveloppait, pour prévenir une plus grande dépression encore du fond de la matrice, que le renversement devint entier. » (Dailliez, p. 45.)

Si en présence d'un talent comme celui de Baudelocque on osait indiquer une autre voie que celle qu'il a suivie, nous dirions : Ne valait-il pas mieux couper vite le cordon, ou introduire la main dans la matrice pour en relever et en soutenir le fond? Nous croyons que c'est pour ce dernier parti qu'il faudrait opter. Car une fois la voûte utérine solidement étayée, qu'importe la faible traction exercée sur elle par le cordon? Si l'effet n'en n'est pas nul il sera salutaire; il opérera ou favorisera le décollement du placenta. Détortiller le cordon, n'était-ce pas trop peu expéditif et bien moins sûr?

Nous allons citer maintenant une observation instructive, et par la faute grossière qui fut commise et par la manière heureuse dont elle fut réparée.

Obs. 2. « La femme d'un vigneron de Ruel, près Paris, âgée de 27 ans, accouchée sans beaucoup de peine de son second enfant le 9 floréal an VII, vers les dix heures du soir, et délivrée immédiatement après, eut une perte de sang abondante et suivie de syncopes que la sage-femme attribua aux grandes difficultés qu'elle avait eues à surmonter pour extraire l'arrière-faix, et à la présence d'un corps assez volumineux qui remplissait le vagin, mais dont la nature lui était inconnue, et qu'elle n'osait extraire, ne sachant si s'était une môle, un faux germe ou un caillot de sang. M. Lassoujade, chirurgien du lieu, ayant été appelé, vit la femme dans un état de faiblesse extrême, agitée par les efforts d'un vomissement presque continuel et un hoquet qui ne la fatiguait pas moins : la croyant mourante, il ne crut pas devoir s'occuper de ce qui existait dans le vagin, d'après le rapport de la sage-femme et il se contenta d'examiner le délivre qu'il trouva en bon état.

» Le lendemain la situation de la femme ne lui parut pas meilleure; la fièvre s'était jointe au vomissement et au hoquet; il n'y avait eu ni selles ni urines; des faiblesses fréquentes s'y joignirent aussi dans la nuit suivante et le second jour des couches. Des besoins d'aller à la garde-robe, excités sans doute par le poids de la matrice renversée et prête à sortir bien plus que par deux lavements qu'on avait administrés ce même jour, donnèrent lieu à quelques efforts qui expulsèrent brusquement cette matrice que la sage-femme prit de nouveau pour une môle dont elle avait soupçonné l'existence et sur la-

quelle elle tira de suite de toutes ses forces, au moyen de ses deux mains, jusqu'au moment où voyant tomber la malade en syncope, et la croyant morte elle prit la fuite.

» M. de Lajoussade loin de sa maison alors ne put revoir la malade que deux heures après cet accident. La matrice en ce moment était entre les cuisses de la malade, grosse comme la tête d'un enfant, froide, brune et d'une odeur excessivement fétide. Dans la crainte de hâter la mort de cette femme, il se contenta de repousser la matrice dans le vagin, n'osant entreprendre de la réduire dans son état naturel. L'attente d'une mort aussi prochaine le détourna également d'attendre des secours de Paris, et il ne s'y décida que le cinquième jour des couches, dans le cours de l'après-midi. Ce fut le professeur Baudelocque qu'il appela. Celui-ci ne pouvant aller à Ruel, invita son ami, M. Ané, de vouloir bien s'y rendre, ce qu'il fit aussitôt.

» La malade, aux yeux de ce chirurgien, parut aussi sans ressource, quelque chose qu'on tentât pour la sauver. Son pouls était petit, concentré, irrégulier; sa respiration excessivement laborieuse, et le ventre prodigieusement tuméfié; le hoquet et les vomissements ne laissaient presque pas d'intervalles : la tuméfaction du ventre fut cependant le symptôme qui donna le moins d'inquiétude, M. Ané l'attribuant bien plus au développement de la vessie, qu'à l'inflammation du péritoine et des viscères, la malade n'ayant pas rendu une seule goutte d'urine depuis quatre jours. L'extrême danger dans lequel M. Ané vit cette femme, fut ce qui la sauva; il hasarda tout pour réduire la matrice, qui était pelotonnée et comme enclavée dans le bassin, et il y parvint. Plusieurs litres d'urine s'évacuèrent à l'instant, les accidents diminuèrent graduellement, et vers la fin du mois cette femme était rendue à ses occupations domestiques. Elle est accouchée très-heureusement dans le cours de nivôse an X. » (Dailliez, p. 86.)

Ce beau succès d'Ané témoigne certainement en faveur de son habileté comme opérateur; mais ne l'eût-il point facilité en évacuant par la sonde cette énorme quantité d'urine qui remplissait la vessie? Le cathétérisme était-il rendu impraticable par le volume de la tumeur? Il n'est pas dit qu'on ait fait des tentatives ni qu'on en ait même eu l'idée.

Trop souvent aussi les efforts excessifs de la femme, pendant l'accouchement, ont amené ce fâcheux résultat. Baudelocque cite une jeune épouse qui, malgré ses conseils, ne put se retenir et poussa violemment et d'un seul coup sur le lit enfant, délivre et matrice retournée. Voici cette observation :

Obs. 3. « .... Baudelocque ayant remarqué dans le cours du travail que chez cette femme, d'une constitution extrêmement faible, les parois de la matrice avaient très-peu dépaisseur, et que les parties saillantes du fœtus dans le moment même des contractions, paraissaient comme en relief non seulement à la main, mais encore à la vue, craignant la rupture de ce viscère, recommandait à la femme de modérer ses efforts. Mais comme elle était extrêmement sourde, elle se persuada qu'on lui en demandait de plus grands, elle ne consulta plus que son courage, n'y mit d'autres bornes que celles de ses forces, et expulsa l'enfant avec d'autant plus de promptitude que les parties extérieures élargies par la déchirure du périnée qui avait eu lieu au premier accouchement y mirent moins d'obstacle. Le placenta le suivit en entraînant jusqu'à l'entrée du vagin, la partie postérieure et supérieure de la matrice à laquelle il s'était attaché. Baudelocque s'en aperçut aussitôt, ayant une main placée sur le ventre, et reconnut distinctement cette espèce de cul-de-lampe dont nous avons parlé. Pendant qu'il sollicitait l'action expultrice de la matrice à demi renversée et très-flasque sous la main, un autre effort de la femme qui sentait le placenta dans le passage, acheva le renversement; le fond de la matrice couvert de l'arrière-faix parut au dehors. » (*Ibid*, p. 47.)

Le fait suivant paraîtra d'une bien plus grande importance, par les suites fâcheuses qui auraient pu en résulter, sans la sagacité des officiers de santé qui ont été chargés juridiquement de l'examiner, non pour la femme qui était morte, mais pour l'une de ses amies qui l'avait reçue chez elle pour le temps de ses couches.

Obs. 4. « Une fille de 18 ans, enceinte et prête d'accoucher, chassée de la maison paternelle, se retira chez cette amie, dépositaire de son secret, et ne tarda pas à ressentir les douleurs de l'enfantement. Un accoucheur juge que ces douleurs sont fausses, se retire, et à son retour, il voit la femme expirante, la matrice complétement renversée et pendante entre les cuisses : il apprend que cette infortunée est accouchée debout, les coudes appuyés sur le dos d'une chaise ; que l'enfant est sorti brusquement, qu'il s'est écoulé après lui une grande quantité d'eau, et que le cordon s'est rompu. La femme meurt, et bientôt la malveillance accuse l'amie généreuse qui lui avait donné l'hospitalité ; trois mois après on exhume le cadavre ; on reconnaît que la femme est morte des suites du renversement de la matrice, conséquemment d'un accouchement qu'on avait tenu secret ; l'amie est traduite en prison, subit l'instruction d'un procès criminel, et n'échappe à la honte de paraître coupable que par les soins de M. Canolle, qui se constitue son protecteur, son défenseur. » (*Recueil de la société de médecine de Paris*, *germinal an VI.*)

Le plus souvent l'accident arrive pendant l'accouchement, il peut aussi se produire quelques heures, plusieurs jour même après la délivrance. Baudelocque l'a observé deux fois chez la même femme, le douzième et le treizième jour de ses couches et à six années d'intervalle, quoiqu'on ne soupçonnât pas même un renversement incomplet un moment auparavant, et que l'accoucheur de cette femme assurât qu'il n'en avait existé d'aucune espèce dans les premières heures qui suivirent l'accouchement.

Obs. 5. « Cette femme, après de premières couches heureuses, avait eu à son second accouchement, son premier renversement de matrice ; un troisième accouchement se fit bien. Ané qui avait été chargé du deuxième par son ami Baudelocque le fut également du quatrième.

» Quatre à cinq heures de faibles douleurs suffirent pour l'expulsion du fœtus. Craignant la récidive de l'accident survenu après le deuxième accouchement, Ané ne fit rien pour extraire l'arrière-faix ; il se borna à solliciter l'action expulsive de l'utérus par des frictions sur le ventre et au bout d'une demi-heure il le vit sortir. La matrice continua pendant plusieurs jours de se présenter au-dessus du pubis, sous la forme d'un globe assez ferme pour ne laisser aucune crainte de renversement : la femme perdit peu de sang et se trouvait si bien au septième jour, qu'elle crut pouvoir se lever et se promener dans sa chambre. Les vidanges qu'on appelle ordinairement *laiteuses* devinrent si abondantes après ce premier lever que vingt serviettes en étaient mouillées chaque jour. Le treizième, s'étant accroupie sur un pot de nuit au milieu de sa chambre et faisant des efforts pour aller à la selle, la matrice se renversa complétement, et sortit au point de former entre les cuisses une tumeur du volume de la tête d'un enfant que Ané, deux ou trois heures après, réduisit en présence du professeur Baudelocque, sans les conseils duquel il ne voulut rien entreprendre. La femme en éprouva si peu d'accidents que quinze jours après elle reprit ses occupations habituelles. »

Dailliez, qui a puisé ces faits dans les cartons de Baudelocque, pense que ces renversements complets qui se manifestent aussi tard, ont existé longtemps avant d'une manière incomplète et qu'ils ont presque toujours commencé ou dans le moment de la délivrance ou immédiatement après. Plusieurs accoucheurs partagent cette opinion. En supposant cependant qu'on pût la donner comme la règle, il faudrait bien convenir que la dernière observation l'entame considérablement, puisque le renversement de l'utérus a pour ainsi dire été suivi jusqu'au sixième jour par un homme habile, très-attentif, et dont l'attention était précisément dirigée de ce côté. Où est donc cette nécessité de faire remonter jusqu'à la délivrance l'origine du renversement? A l'époque où la matrice n'est pas encore revenue sur elle-même, si une masse d'intestins refoule son fond par un effort violent, pourquoi ne se déprimerait-il pas ? S'il se déprime davantage par la même cause, pourquoi les fibres circulaires irritées par la présence du corps qui les distend, ne se resserreraient-elles pas sur lui pour l'expulser au dehors ? A mesure que le fond

s'engage, les fibres latérales supérieures le suivent, et après avoir englouti le fond, elle le sont elles-mêmes par les fibres inférieures ; en sorte que la matrice, dont une cause extérieure a déprimé le fond, semble accoucher d'elle-même comme d'un corps étranger. Dans d'autres cas peut-être le viscère se comportant comme une poche inerte obéit au poids qui le déprime, et s'avance de plus en plus vers le col qu'il finit par dilater et franchir. Dans l'accouchement brusque, peut-être que le vide instantané qui tend à se produire derrière l'œuf qui s'échappe, peut-être ce vide concourt-il avec le poids des intestins à déprimer la paroi utérine. Dès lors plus cet organe creux sera développé, aminci, flasque, plus il sera disposé au renversement; c'est d'ailleurs une remarque qui ressort des faits. C'est par de tels effets qu'une grave hémorrhagie interne pourrait amener l'accident. Bien que le seul exemple publié n'ait pas paru concluant à tout le monde, nous le reproduirons, car son absence ici pourrait passer pour une lacune.

Obs. 6. « Au mois de janvier 1734 on vint me chercher pour la femme de François Bouchet de St-Denis-en-Val, que l'on me dit être en mal d'enfant dont la tête était passée sans pouvoir accoucher : y étant arrivé, cette femme me dit que ses règles lui avaient manqué depuis trois mois, et que ressentant depuis quatre heures de vives tranchées, il lui était survenu une perte de sang considérable; que dans une violente douleur la tête de son enfant était sortie et que ce qui la surprenait le plus c'était d'avoir à trois mois un enfant si gros, dont les épaules ne pouvaient passer. Enfin en la touchant je m'aperçus bientôt que ce n'était point la tête d'un enfant; je crus d'abord que c'était une chute de matrice; mais l'ayant examinée avec une lumière et n'y trouvant point l'orifice de la matrice tel qu'il se remarque ordinairement dans la chute, surtout dans une chute aussi récente, je fus convaincu que cette masse, qui était grosse comme la tête d'un enfant né à six ou sept mois, était proprement le corps de la matrice renversé. Je la réduisis selon l'art. Je visitai ensuite touts les linges qu'on avait mis sous la malade pour recevoir le sang, afin de voir si elle n'avait pas rendu de corps solide : je ne trouvai autre chose que des caillots de sang. Cette femme s'est parfaitement rétablie et a eu depuis plusieurs enfants. » (*Leblanc, Précis. d'opérat. ch.*, t. I, p. 359.)

Cette observation manque sans doute de détails précieux; mais telle qu'elle est ne suffit-elle pas pour prouver ce que nous avons avancé : le renversement de la matrice consécutif à une accumulation de sang dans sa cavité? Une quantité de sang si abondante, rendue en si peu de temps, pourrait-elle avoir une autre origine? C'est ainsi du reste que Boyer l'interprète, et Boyer n'était pas très-facile quand il était question de faits nouveaux ou extraordinaires.

Nous venons de parcourir les causes de renversement qui se rattachent de près ou de loin à l'accouchement; bien que celles qui suivent n'y soient pas entièrement étrangères, elles méritent cependant de constituer un autre ordre, nous voulons parler des polypes ou des produits analogues développés dans la matrice. Car dilatant peu à peu sa cavité, ces corps entr'ouvrent le col, le franchissent et pèsent alors de toute leur masse sur le lieu de leur implantation. Dans ce point, la paroi entraînée se déprime lentement, sous l'influence des efforts divers, et enfin l'organe se retourne complétement.

Obs. 7. Le professeur Velpeau vient d'observer un cas de ce genre chez une vierge; elle était sans ressource quand l'habile chirurgien fut pour ainsi dire forcé d'opérer, car c'était la dernière chance de salut. Nous avons vu les pièces de l'autopsie; l'utérus entièrement retourné recevait ou émettait, par son fond, la racine du polype dont on reconnaissait encore le large pédicule; ce viscère n'était guère plus volumineux ni plus mou qu'à l'état sain, mais il était irréductible sous les plus grands efforts; M. Velpeau avoue franchement qu'il enleva le polype sans trop connaître la nature de l'espèce d'appendice charnu auquel cette production était suspendue. (*Académie de méd.*, 15 février 1843.)

Les choses ne se passent pas toujours ainsi : il arrive que la matrice qui avait longtemps supporté le corps qui la distend

s'irrite un jour, se contracte et l'expulse. Le fond du viscère qui s'est abaissé jusque sur le col pour y pousser le polype, y est retenu par cette masse volumineuse étroitement serrée dans le col et dans le vagin; de nouvelles contractions agissant sur le fond de la matrice comme sur le polype achèvent de la retourner. Il y a même des cas où la rupture de la racine du polype dans cette sorte d'accouchement, n'a pas suffi à prévenir le renversement, déjà sans doute trop avancé. N'est-il pas probable que dans les expulsions spontanées de polypes utérins, il se fait d'abord une dépression plus ou moins profonde au point d'implantation, dépression qui s'efface après la rupture du pédicule?

Voici un cas où cette rupture fut sans doute trop tardive :

Obs. 8. « Une femme qui ayant eu treize enfants avait cessé d'en avoir à quarante ans et avait perdu ses règles à quarante-cinq, sentit à environ soixante et dix ans des douleurs plus vives que celles qu'elle avait ressenties à toutes ses grossesses, et enfin elle accoucha , pour ainsi dire, naturellement, et presque sans secours, d'une grosse masse de chair qu'on put prendre pour une môle. Elle était du poids de quatre livres, composée de fibres charnues et d'un lacis de vaisseaux dont les plus gros égalaient une plume à écrire. Il n'y paraissait pas de nerfs. La malade, depuis son dernier accouchement, avait toujours joui d'une parfaite santé, à quelques chaleurs et quelques ardeurs près dans le bas-ventre et dans les reins. Elle était fort replète; et quand elle aperçut son ventre grossir, elle crut engraisser encore. Le lendemain qu'elle se fut délivrée, il se trouva qu'elle ne l'était pas tout à fait. Une sage-femme ayant introduit sa main dans la matrice, y sentit un corps qu'elle ne put tirer et auquel elle ne voulut pas faire violence, mais il vint ensuite de lui-même se présenter hors du vagin en partie. Il était très-dur, de la grosseur du poing, et des déchirures de fibres marquaient que le premier corps avait été attaché à ce second. M. Goulard crut que ce second corps était la matrice qui se renversait : tous les autres médecins ou chirurgiens, que la singularité du fait attira, furent d'avis que c'était encore un corps étranger; ils disaient, et avec raison, que quand ils avaient vu après des accouchements, la matrice se renverser, elle n'avait pas la figure de ce corps; mais M. Goulard disait que dans neuf mois d'une grossesse la matrice ne devait pas avoir tant souffert que pendant vingt années qu'elle avait été chargée du premier corps, qui avait changé sa configuration naturelle et l'arrangement de ses fibres. M. Goulard demeurait toujours seul de son parti, et cela l'ébranlait un peu.

» Pendant plusieurs jours, le second corps s'allongea de deux doigts hors du vagin, soit naturellement, soit parce que différentes personnes l'avaient tiraillé. Quand il fut à ce point d'allongement il n'y eut qu'une voix pour en faire la ligature qu'on serrerait tous les jours de plus en plus. On jugeait ce corps squirrheux et la ligature devait le faire tomber. Il est remarquable que de tout cela il n'arriva aucun accident et que le pouls de la malade ne sortit presque pas de son état naturel. Elle vécut 17 ou 18 jours après la ligature; mais comme elle avait un dégoût invincible pour les aliments, elle tomba dans un extrême affaissement et mourut le trente-septième ou le trente-huitième jour de sa maladie. M. Ledran l'ouvrit et la question sur ce second corps fut décidée par la dissection exacte qui en fut faite en particulier. C'était sûrement la matrice et selon toute apparence, une excroissance polypeuse formée dans sa cavité avait été la première cause du renversement, aidée ensuite par la compression réitérée des muscles du bas-ventre. » (*Mém. de l'Acad. des sciences*, 1732.)

Dans les circonstances où nous l'avons étudié, le renversement de la matrice est déjà un phénomène très-remarquable, tout le monde le comprend : en effet, son fond mou et distendu était déprimé ou entraîné par un poids qui le sollicitait, et la même influence seule ou aidée de la contraction de l'organe faisait le reste; mais cette lésion venant le frapper dans son état de vacuité ordinaire, n'a-t-elle pas quelque chose de plus extraordinaire et d'inexplicable? Et cependant les faits sont là; et s'il n'est pas possible d'en avoir

une complète raison, il ne l'est pas davantage de détruire leur valeur. Des femmes dont le dernier accouchement n'avait rien présenté que de naturel, et dont la santé avait été parfaite depuis longues années ont été atteintes d'un renversement de l'utérus. Nous allons consigner les deux cas les plus authentiques parvenus à notre connaissance. La première observation nous montre un renversement incomplet, l'autre nous montre l'accident à son état complet.

Obs. 9. « Une dame était extrêmement grosse et âgée d'environ quarante ans; elle avait eu dix enfants et il y avait dix ans qu'elle était accouchée du dernier. Il ne s'est rien passé de singulier, me dit-elle, dans aucun de mes accouchements; cependant je m'aperçus, il y a cinq ans ou environ, que j'avais quelque chose de dérangé dans le corps; je fis appeler M. Peyrat (maître en chirurgie de Paris, accoucheur de la reine, etc.) qui me dit que j'avais une descente de matrice; il me conseilla de me servir de pessaire pour la contenir; j'y consentis, il en plaça un qui y est encore : je voudrais savoir, poursuivit-elle, si je serais assez heureuse pour qu'on se fût trompé et que ce fût un polype, parce que vous me délivreriez bientôt de cette incommodité.

» Ce récit me fit conjecturer qu'on ne s'était point trompé, c'est-à-dire que la tumeur n'était point un polype. Cependant pour m'en assurer, je fis mettre la dame dans une situation convenable afin de pouvoir la toucher commodément; ensuite, j'ôtai le pessaire, il était d'ivoire, et creux dans son épaisseur; sa figure était ronde, son diamètre considérable, mais il était très-évidé dans son milieu. Le pessaire ôté, je reconnus bientôt que la tumeur était faite par un renversement incomplet de la matrice à travers son orifice; car à en juger par la partie que le doigt pouvait en toucher, elle était du volume et de la figure d'un œuf de canne (1) coupé par la moitié suivant son petit diamètre et présentant sur le milieu du vagin la portion orbiculaire ou elliptique opposée à la section. La consistance de cette tumeur était charnue; elle faisait ressort sous la pression; du reste elle était lisse dans toute sa circonférence, sans être néanmoins indolente au tact. J'en tentai la réduction; elle se faisait en partie, mais comme l'orifice de la matrice restait toujours considérablement béant, la portion rentrée ressortant aussitôt que je retirais mon doigt, je me vis donc obligé de remettre le pessaire, et de conseiller à la dame d'en continuer l'usage : elle prit ce parti d'autant plus volontiers qu'elle se portait parfaitement bien et que son incommodité n'avait été suivie que d'une cessation totale de ses règles, de la présence d'un peu d'humidité dans le vagin, et de l'augmentation de son embonpoint depuis qu'elle n'était plus réglée.

» Ces circonstances ont sans doute quelque chose de remarquable, voici toutefois la principale : la tumeur passait exactement à travers l'orifice de la matrice, et cependant elle n'y était aucunement adhérente; j'observai même que l'orifice ne la serrait pas beaucoup; mais cette tumeur y passait de façon que lorsque l'orifice gardait sa rectitude perpendiculaire ou parallèle à l'axe du corps, comme dans le cas d'un polype, son fond paraissait presque transversal et allait en s'évasant comme l'ouverture d'une cloche. D'ailleurs il faisait extérieurement un bourrelet qui avait un vide derrière, c'est-à-dire qu'à l'endroit où le vagin s'insère au col de la matrice, il y avait tout autour une gouttière : j'en fus d'abord étonné, mais la réflexion fit évanouir ma surprise; je compris bientôt que l'état des parties devait être tel; j'imaginai aisément que le fond de la matrice ne pouvait passer à travers son orifice sans le déjeter, pour ainsi dire, dans ce même sens, et que d'ailleurs le pessaire pouvait y avoir quelque part. — Cette circonstance, quoique aisée à sentir, n'est pas moins essentielle à savoir; cependant, qu'on lise les ouvrages des anciens et ceux des modernes, on n'en trouve pas un qui fasse mention de ce signe de diagnostic; leur est-il échappé ou est-ce un phénomène particulier au fait que je viens de

(1) Armand, dans son Traité d'accouchement, p. 160, a fait une remarque à peu près semblable. J'ai trouvé, dit-il, que le fond de la matrice engagé à travers son orifice se termine comme en pointe du côté dit l'orifice extérieur du vagin. — (*Note de Levret.*)

décrire? » (Levret, *Observat. de plusieurs polypes*, p. 127.)

C'est là une observation précieuse à plus d'un titre. C'est un exemple de renversement par inertie; ce premier degré de la lésion est très-nettement caractérisé : le pourtour du col qui se relève en dehors et tend à devenir horizontal, repoussé qu'il est par le corps qui en traverse l'orifice; l'élasticité de la tumeur, qui cède sous le doigt, comme si elle était creuse, pour se rétablir de suite à sa forme primitive, ce qui annonce des parois épaisses; sa réductibilité, sa réapparition à travers une ouverture trop large, etc., tout est parfaitement saisi. Il est à noter, d'ailleurs, que ce renversement s'est opéré graduellement, presque à l'insu de la malade, qui paraît n'en avoir éprouvé qu'une gène mécanique, puisqu'il n'est question de perte d'aucune espèce. En le supposant unique, ce cas ne suffirait-il pas à mettre hors de contestation le renversement de la matrice, à l'état de vacuité ordinaire, renversement qui n'aurait d'autre rapport avec l'accouchement que de lui succéder à de longues années d'intervalle?

« Nous avons pensé (c'est Boyer qui parle) que le renversement de la matrice ne pouvait avoir lieu dans cette circonstance jusqu'au moment où nous l'avons trouvé chez une femme qui n'avait point eu d'enfant depuis quinze ans et dont l'utérus ne contenait aucun corps étranger.

Obs. 10. » Cette femme était âgée de quarante-quatre à quarante-cinq ans, d'une grande stature et d'un embonpoint considérable sans être excessif : elle avait toujours été bien réglée et était mère de trois enfants. Elle n'avait jamais eu de perte de sang, ni de flueurs blanches. Après avoir éprouvé pendant longtemps un sentiment de gêne et de pesanteur dans le bassin, et de tiraillement dans la région des lombes, surtout lorsqu'elle avait marché ou qu'elle s'était tenue debout pendant un certain temps, il se présenta à l'entrée du vagin une tumeur qu'elle sentait avec le doigt, mais pour laquelle elle ne consulta personne Cependant la tumeur devint de plus en plus apparente, finit par s'échapper du vagin, et se présenta entre les grandes lèvres qu'elle ne tarda pas à dépasser. Alors les symptômes que la malade éprouvait étant devenus plus intenses, elle consulta deux personnes de l'art qui regardèrent la tumeur comme un polype et en proposèrent la ligature. Avant de se décider à l'opération, cette femme voulut prendre d'autres avis : je fus consulté. Dans l'examen que je fis, j'aperçus entre les grandes lèvres une tumeur qui les dépassait d'environ huit à dix lignes. Cette tumeur était un peu plus grosse que la matrice dans son état naturel; elle avait une figure pyriforme, son pédicule gros et court était entouré d'un bourrelet peu saillant sous lequel le doigt pouvait pénétrer à la profondeur de quelques lignes; un gros stylet boutonné, porté entre le bourrelet et le pédicule de la tumeur, ne pénétrait pas plus avant que le doigt; cette tumeur était un peu douloureuse au toucher; sa couleur était grisâtre, sa surface un peu inégale et comme villeuse; elle présentait dans quelques points des ulcérations superficielles qui se guérissaient et se reproduisaient alternativement. On voyait à chaque époque des règles le sang sortir par exsudation de la surface de la tumeur; les gouttelettes d'abord séparées étaient bientôt réunies par d'autres qui se produisaient de même, et qui formaient une nappe dont toute cette surface était couverte. Hors le temps des règles cette même surface fournissait une espèce de mucus jaunâtre assez abondant. Lorsqu'on pressait cette tumeur de bas en haut, on la faisait remonter au dessus des grandes lèvres et même jusque dans le vagin; mais aussitôt qu'on cessait de la presser elle ressortait. La réunion de tous ces phénomènes ne laisse aucun doute sur la nature de cette tumeur. Je fis différentes tentatives pour la réduire, elles furent inutiles. Désespérant d'en obtenir la réduction, je dis à la malade qu'il n'y avait d'autre parti à prendre que d'en faire la ligature ou de l'abandonner à elle-même. Cette femme se serait soumise volontiers à la ligature; mais je n'osai l'entreprendre par la crainte des accidents funestes auxquels elle a presque toujours donné lieu, et je l'engageai de vivre avec son incommodité, d'autant mieux qu'elle jouissait d'ailleurs d'une bonne santé, et qu'elle n'éprouvait d'autres malaises que

ceux dont nous avons parlé.» (Boyer, t. 10.)

Malgré la gravité des deux observateurs et la précision avec laquelle ils exposent d'ailleurs les faits, ils nous semblent offrir tous deux la même lacune, qu'il n'a peut-être pas été donné de combler; n'aurait-il pas fallu que l'état normal de la matrice eût été constaté à une époque assez éloignée du dernier accouchement pour être certain qu'il soit resté complétement étranger au renversement ? Cette lésion commencée alors, n'aurait-elle pas pu se compléter insensiblement, et ne trahir sa présence par aucun signe, par aucun trouble? La matrice encore très-haut dans le vagin, tout ne pouvait-il pas se borner à des pesanteurs, des tiraillements, etc.; et l'attention de la malade n'être attirée, réellement, sérieusement de ce côté que par la chute du viscère ? Pourquoi la chute de la matrice serait-elle plus impossible après qu'avant son renversement ? Nous verrons que c'est un fait démontré.

Des auteurs recommandables ont admis un renversement de cause interne, qu'ils auraient rencontré même chez des vierges, la maladie arrivait principalement à l'époque critique, etc. Les faits que Puzos avait rassemblés pour soutenir cette théorie ont péri; la science n'en possède qu'un seul à notre connaissance; il est tiré de la pratique de Baudelocque. Il ne repose que sur un diagnostic pendant la vie, et malgré le talent de l'illustre accoucheur, ce cas n'a point le degré d'authenticité qu'il eût acquis par l'autopsie. En supposant même qu'il n'y eût pas de doute possible à cet égard, on verra si le fait ne se prête pas plus naturellement à une autre interprétation.

Obs. 11. « Le professeur Baudelocque fut consulté, vers la fin de septembre 1790, pour une jeune fille de 15 ans qui avait une perte habituelle depuis le commencement du grand hiver 1788 à 1789, et qui n'était survenue qu'à la suite d'un rhume. Cette perte, pendant sept ou huit mois, avait été précédée d'une menstruation régulière. Cette jeune fille était maigre, d'une moyenne stature, et menacée de succomber incessamment à l'hémorragie. Plusieurs médecins lui avaient donné des soins infructueusement. Le professeur Baudelocque trouva dans le vagin, dont l'entrée était encore bordée de la membrane hymen, un corps de figure ovoïde, du volume d'un petit œuf de poule, plus gros en bas que vers son attache à la voûte supérieure de ce canal. Ce corps avait la solidité d'une matrice saine. Il était douloureux au toucher, et laissait échapper, à la moindre pression, plus de sang qu'il n'en suintait habituellement de sa surface. La membrane qui le recouvrait semblait se réfléchir de son pédicule sur le vagin même, et former sa membrane muqueuse. La base de cette tumeur était appuyée sur le périnée, et sa longueur paraissait d'un pouce et demi à deux pouces (5 à 6 centim.). Toutes les recherches possibles pour découvrir le museau de tanche, son orifice, le corps même de la matrice, furent inutiles dans cette première consultation, comme dans celle qui se fit deux jours après. Le vagin formait, à son union avec le pédicule de la tumeur, un cul-de-sac de forme circulaire. La région hypogastrique, molle et flexible, sous l'une des mains, permettait de toucher partout, à travers les enveloppes abdominales, le doigt qu'on promenait autour de la tumeur, sans y rencontrer plus de difficultés dans un point que dans un autre, et sans être arrêté par quelque chose qui pût faire soupçonner l'existence d'une matrice.

» L'idée d'un polype s'était présentée en commençant ces recherches; celle d'une matrice renversée, qui n'offrait pas un phénomène moins extraordinaire chez une jeune fille de quinze ans, parut mieux fondée, et ce fut celle à laquelle s'arrêta le professeur Baudelocque; mais il regarda ce renversement comme un vice de conformation de l'organe. Il aurait bien désiré pouvoir suivre cette jeune malade dont les derniers instants ne lui parurent pas éloignés : mais elle quitta la France, peu de jours après sa seconde visite; ses parents étant attachés à un ministère qui venait d'être disgracié, et qu'ils suivirent dans le lieu de sa retraite. » (Dailliez, p. 38.)

Jusqu'à ce qu'une observation bien suivie ait démontré la possibilité du contraire, nous regarderons l'opinion de Baudelocque comme la seule admissible.

Caractères anatomiques. On est géné-

ralement convenu d'admettre trois degrés dans le renversement : dans le premier il y a simple dépression du fond de la matrice ; dans le deuxième, ce fond pesant sur le col commencerait à l'entr'ouvrir, et enfin le troisième serait le renversement porté le plus loin possible, achevé ; la matrice serait entièrement retournée. Levret n'avait-il pas raison de ne reconnaître que deux formes, le renversement *incomplet* et le renversement *complet*? Quant aux autres détails que comporte encore ce paragraphe, ils trouveront mieux leur place ailleurs. Voici du reste une observation avec autopsie, qui donnera l'idée la plus nette de cette lésion. En la rapprochant de deux autres que nous devons à Boyer et à Marc-Ant. Petit, il ne nous restera guère plus de regrets à cet égard.

Celle-ci appartient à Levret :

Obs. 12. « Je me servirai, dit-il, des découvertes que j'ai faites sur une semblable tumeur (semblable à celle que Lamotte n'avait observée que sur le vivant) que j'eus occasion d'examiner lorsque j'étais chirurgien externe à l'Hôtel-Dieu de Paris sous feu M. Thibaut et que j'apprenais l'anatomie.

» Le hasard voulut que le sujet qui portait cette tumeur m'échût pour disséquer les muscles ; la curiosité nous porta plusieurs que nous étions à travailler dans l'amphithéâtre, à examiner cette tumeur, elle était grosse comme la tête d'un enfant nouveau-né et à terme ; elle était très-unie, rougeâtre et pendante entre les cuisses du sujet qui pouvait avoir 70 ans ou environ ; on eût pu la comparer à une grosse boule adhérente au fond d'un sac, dont la gueule aurait été à l'entrée du vagin comme l'indique presque Lamotte ; sa partie inférieure était beaucoup plus grosse et plus dure que sa partie supérieure ; elle ressemblait en cela à la tumeur que représente la figure 3 de la planche 34 du second livre d'Heister : c'est d'après cette figure que j'ai fait graver (cependant avec quelque différence dont nous ferons mention) la figure ci-jointe. On sentait entre les grandes lèvres un bourrelet circulaire dont Heister ne parle point, non plus que Lamotte ; ce bourrelet était peu éminent à la vérité, il était néanmoins assez sensible pour être aperçu ; nous le découvrîmes tout à fait par la dissection. Nous reconnûmes alors que c'était l'orifice de la matrice qui était totalement supérieur à son fond ; et que la partie supérieure qui était molle et d'un volume bien moins considérable que la tumeur, pouvait être le vagin renversé : nous nous en assurâmes par une incision à peu près d'un demi-pied de long, y compris la division de la symphyse du *pubis* et nous aperçûmes qu'une partie des intestins grêles s'était plongée au fond du bassin, nous les sentîmes dans une espèce de sac qui était supérieur à la tumeur ; c'est vraisemblablement ce sac que M. de Lamotte prit pour l'endroit de la matrice qu'il dit avoir trouvé vide. Ces particularités une fois aperçues, nous tentâmes d'enlever la descente en la cernant tout autour du bassin, le plus avant que nous pûmes ; elle ne fut pas néanmoins entièrement détachée, car elle tenait encore par-devant à la vessie, par-derrière au *rectum*, et supérieurement par de grandes portions du péritoine logées dans le sac ; ce qui nous détermina à le retourner peu à peu, d'abord en retirant doucement ce qui était tombé d'intestins grêles, ensuite la portion du *rectum* et celle de la vessie, puis les ovaires, les trompes de Fallope, les ligaments ronds et les larges et d'autres portions du péritoine qui étaient entassées au fond du cul-de-sac que formaient les dehors de la matrice et les parois extérieures ou postérieures ainsi retournées.

» La matrice remise dans son état naturel prit la forme d'un vrai sac dont la gueule était beaucoup plus molle et un peu plus étroite que le fond ; nous détachâmes ensuite la portion du rectum qui avait été entraînée par la partie postérieure de la matrice à mesure qu'elle s'était renversée : cette portion d'intestin faisait dans cet endroit un coude dont l'extérieur était assez semblable au *cœcum*, il était plein de matières stercorales. La portion de la vessie qu'on voyait dans ce sac était fort mince et plus ample que celle qui était restée dans le bassin (celle-ci était plus petite et plus compacte) l'une et l'autre se joignaient ensemble par le moyen d'une troisième portion moins spacieuse. Ainsi la totalité de la vessie ressemblait assez à

une petite gourde ou calebasse. La portion qui était dans son sac était tapissée d'une grande quantité d'incrustations pierreuses très-friables ; l'urètre enfin, au lieu de se porter vers la région supérieure, allait en descendant.

» Cet examen fait, je pris des notes de toutes les circonstances que je viens de détailler, et là se bornèrent nos recherches ; c'était en apparence assez pour des jeunes gens, aux yeux de qui tout semble s'aplanir ; mais aujourd'hui je ne m'en tiendrais pas là. Alors j'eusse pu faire des perquisitions sur la cause et les effets de la maladie ; j'eusse pu m'informer des habitudes du sujet lorsqu'il vivait : peut-être aurais-je à présent des choses satisfaisantes à produire, au lieu que je me trouve borné au simple exposé du fait. Leçon mémorable pour les jeunes chirurgiens, qui doit les rendre attentifs afin de s'éviter par la suite bien des regrets !

» J'avoue qu'au premier aspect une semblable tumeur peut en imposer ; je sais que comme le polype, elle est pyriforme, c'est-à-dire, que sa partie inférieure est plus large que sa portion supérieure, ou du moins qu'elle le paraît : je sais encore que cette tumeur n'a jamais inférieurement d'ouverture qui puisse passer par l'orifice de la matrice. Qu'on ne s'y trompe cependant pas, cette espèce de hernie diffère essentiellement du polype. En effet, est-il une tumeur polypeuse qu'on ait vue ceinte d'un bourrelet ? Est-il une descente complète de matrice où l'on puisse, entre la tumeur et la vulve, passer ou le doigt ou quelques instruments mousses, pour sonder les environs ? Non, extérieurement il n'y a point de vide à la place du vagin, et il ne peut y en avoir, puisque cette gaîne qui dans son état naturel tapisse pour ainsi dire l'intérieur du bassin, est sortie comme la matrice, et qu'ainsi retournée, elle forme la gueule d'un sac et les apparences d'un pédicule comme au polype, Mais ce faux pédicule est creux et beaucoup moins solide que le reste de la tumeur ; au lieu que le pédicule du polype est toujours plein et plus solide que la masse qu'il suspend. Il est donc comme impossible de s'y méprendre... (*Obs. sur la cure radicale de plusieurs polypes de la matrice,* p. 138.)

Bien qu'il y ait de l'obscurité dans la signification de ce mot sac qui semble pris dans deux acceptions différentes, tantôt désignant l'enfoncement formé par le vagin retourné, tantôt comprenant en même temps la matrice, il semble qu'une portion de l'intestin grêle, du rectum et de la vessie était renfermée avec la trompe et les ovaires, etc., dans la matrice retournée, d'où le danger d'un étranglement interne.

Symptômes. Sous le rapport des phénomènes qui l'accompagnent, le développement de cette maladie ne saurait être considéré en masse ; les signes de sa formation varient suivant les modes et les degrés divers qu'elle présente.

Quand le renversement s'opère sous l'influence de tractions imprudentes exercées sur le délivre, la simple dépression du fond ou de l'une des parois du viscère n'est pas douloureuse, et la femme ne remarque aucun changement dans sa manière d'être. Mais quand il se complète, quand surtout il se fait brusquement, alors la malade s'écrie qu'on lui arrache les entrailles, tant est vive et déchirante la douleur qu'elle éprouve. C'est un point trop simple pour qu'il soit besoin de l'établir par des observations ; mais toutes celles qui paraissent fidèlement recueillies sont d'accord sur ce cri de détresse. Il n'est point noté dans le cas où la lésion a été le résultat de l'excessive brièveté du cordon, ou de l'extrême rapidité de l'accouchement, parce que sans doute la douleur du renversement se confondait avec celle de l'enfantement.

Quelquefois on s'aperçoit de la maladie trop longtemps après l'accouchement pour qu'il soit possible de l'y rattacher ; ou bien elle s'est établie insensiblement, d'une manière pour ainsi dire chronique, et son apparition est restée ignorée ; ou bien elle semble s'être annoncée par de violentes coliques dans le bas-ventre.

Le renversement qui est la conséquence de l'existence d'un corps étranger dans la matrice nous offre deux variétés analogues, mais facilement explicables. Toujours commencé sans douleur, le renversement se complète de même, s'il procède lentement, et si, à mesure qu'il descend,

le col s'entr'ouvre pour le recevoir; mais si cet achèvement excite des contractions, elles lui impriment un cachet de violence qui rappelle un peu le renversement brusque après la délivrance.

Une fois accompli, n'importe comment, le renversement qui se lie à l'accouchement est d'un aspect menaçant : au milieu d'une crise de douleurs, une tumeur considérable remplit le vagin et sort plus ou moins par la vulve; si elle est encore recouverte du placenta, l'écoulement de sang est léger ou nul; si le délivre détaché de cette masse rougeâtre la laisse à nu, le sang ruisselle de toute sa surface, et l'on pourrait en compter les principales sources qui répondent toujours à l'insertion placentaire. Toujours très-grande, presque foudroyante dans les premiers instants, quand la matrice est molle, et comme insensible au toucher, cette perte diminue à mesure que le viscère se contracte et se durcit; mais elle continue, et quoique moins abondante, elle n'en reste pas moins inquiétante, si, comme le plus souvent, le sujet est d'une constitution faible. Ainsi que le dit très-bien Dailliez, en augmentant l'atonie de l'organe, l'hémorrhagie ajoute à l'une de ses propres causes et devient elle-même la source de syncopes qui reparaissent à chaque instant. Des convulsions se déclarent aussi quelquefois, et le moment fatal n'est pas loin. Il est des femmes qui ont résisté aux premiers effets de cette hémorrhagie, soit quelle ait été moins abondante, ou qu'elles aient eu la force de mieux la supporter. Alors cette perte se modère peu à peu après les premières heures, se suspend, reparaît, et ainsi de suite pendant des années et même tout le reste de la vie que presque toujours elle abrége. On a vu cette hémorrhagie alterner avec une perte en blanc qui quelquefois la remplace. Cette dernière condition ne doit-elle point être particulièrement le partage de l'âge où aucune fluxion périodique n'habitue plus le sang à se diriger vers l'utérus?

Quoi qu'il en soit, la matrice revient peu à peu à sa petitesse et à sa dureté primitives qu'elle dépasse même quelquefois.

Dans le renversement que nous appelons *chronique*, les symptômes sont loin de cette gravité : d'abord, en général, point de perte ni en rouge, ni en blanc; ni Levret ni Boyer n'en ont noté.

Qu'elle ait été brusquement ou lentement renversée, la matrice peut continuer à verser périodiquement cette exhalation sanguine qui constitue les règles. On voit le liquide sourdre de toute sa surface en gouttelettes multipliées qui se réunissent en nappe. Boyer a parfaitement observé ce point dont l'importance est si grande.

Diagnostic. Après l'accouchement le chirurgien sent quelquefois le renversement se former sous sa main : le fond du viscère déprimé figure au toucher une espèce de jatte qui se creuse de plus en plus jusqu'à ce que tout s'efface, et qu'à l'instant même il paraisse dans le vagin une tumeur tantôt encroûtée du gâteau placentaire et non saignante, le plus souvent nue, ruisselante de sang par toute sa surface, mais principalement dans une certaine partie, ordinairement le sommet, plus inégale et plus raboteuse que le reste. La tumeur, en général flasque et présentant au toucher la sensation d'une poche à parois épaisses, se durcit par intervalle, et se réduit de plus en plus; le palper ne trouve plus l'utérus dans le bas-ventre; il arrive cependant que, tout renversé qu'il est, il forme une tumeur plus élevée que la symphyse, ce qui pourrait en imposer, si les autres caractères que nous venons de signaler n'étaient pas suffisants pour éviter toute erreur.

S'agit-il au contraire d'un renversement lent et chronique, tant qu'il n'aura pas entr'ouvert le col, pour la femme et surtout pour le chirurgien, c'est comme s'il n'existait pas. Mais dès que le fond de la matrice est engagé dans le museau de tanche, aux tiraillements dans les aines, aux douleurs de reins et aux pesanteurs sur le siége, tous symptômes qui appartiennent également aux polypes et à beaucoup d'autres affections de cette région, à ces données, dis-je, on joint celles bien autrement positives du toucher. On sent au doigt le col utérin dilaté par une tumeur arrondie, souple, qui se réduit aisément et se reproduit plus vite encore, et retombe dès qu'on cesse de la soutenir. Les lèvres du museau de

tanche sont d'autant plus relevées en dehors, qu'il est plus largement ouvert. De plus, si en même temps que le doigt de la main droite repousse en haut le fond de la matrice, la gauche déprimant la paroi abdominale reconnaît le doigt vaginal à travers une couche médiocrement épaisse de tissus, il n'y a pas de chance de méprise, car aucune autre lésion que le renversement *incomplet* ne présente de caractères analogues.

Il n'en est plus ainsi quand le renversement chronique est *complet*. Une foule de points le rapprochent du polype implanté dans l'utérus. Pesanteur sur le fondement, douleur de reins, etc., pertes en rouge ou en blanc, tumeur vaginale dont le pédicule est embrassé par le museau de tanche, telles sont les ressemblances. Voici les différences, qu'on ajoutera à celles que fournissent le srenseignements : dans le renversement, si, comme c'est l'ordinaire, il se fait dans le vagin une exhalation sanguine périodique ou non, ou même une perte en blanc, c'est la tumeur qui en est le siége évident, qui la fournit par sa surface; dans le polype, le liquide vient d'en haut et d'alentour ; la tumeur en est baignée, mais essuyez-la et examinez au speculum, vous constaterez qu'elle n'en est pas la source. Dans le renversement, le pédicule de la tumeur n'est séparé des lèvres du museau de tanche que par une rainure circulaire à peine indiquée, tout à fait superficielle ; l'orifice du col forme comme une espèce de petit bourrelet en collerette autour du pédicule. Dans le polype, ce qui sépare le pédicule de la face interne du col, ce n'est plus une rainure, c'est une fente circulaire qu'on fait parcourir à un stylet mousse, à une profondeur égale dans tout le pourtour, si la racine de la végétation est au fond de l'utérus, inégale, si elle se trouve sur un côté. C'est là un caractère excellent, mais qui a pourtant ses dangers ; nous avons vu une tumeur dont le pédicule embrassé par le col utérin, en était séparé par une fente circulaire assez profonde : des hommes que leur habileté placent en première ligne, jugèrent à cette donnée que la tumeur était un polype : c'était néanmoins un renversement du corps de la matrice auquel le col n'avait sans doute pas encore participé. C'est donc un élément de diagnostic qui doit être recueilli avec attention et appliqué avec plus de réserve encore. Heureusement qu'outre ceux que nous avons déjà présentés, il existe d'autres signes différentiels avec lesquels on peut contrôler la valeur de la fente circulaire. Dans ce cas-là même où le renversement va se compléter, mais ne l'est pas encore, la tumeur peut offrir une propriété que n'a point le polype, c'est de se comporter sous la pression des doigts comme une tumeur élastique creuse. Levret paraît avoir découvert ce caractère et exposé le premier le parti qu'on en peut tirer. Un moyen très-sûr de diagnostic que Baudelocque employait avec succès est le suivant : une fois l'indicateur de la main droite engagé le plus haut possible entre le pédicule de la tumeur et le col utérin, de l'autre main il déprimait la paroi abdominale et arrivant à la rencontre du doigt vaginal, il jugeait à l'épaisseur du tissu utérin interposé l'état de la matrice. Si elle est renversée, les deux doigts explorateur ne sont séparés que par une mince couche de tissu ; si elle est occupée par un polype, ils sont éloignés de toute la hauteur du viscère qu'on reconnaît d'ailleurs au toucher. Le même examen peut également se pratiquer par le rectum. Il ne faut rien négliger pour poser le diagnostic sur une base inébranlable. C'est un but qui le plus souvent sera atteint par l'homme instruit et expérimenté ; mais les chemins qui y mènent seront quelquefois difficiles, inextricables ; en d'autres termes, les signes du renversement peuvent être si peu prononcés, si malaisés à saisir que le chirurgien le plus habile pourra rester dans l'indécision. Supposez la tumeur vaginale chez une vieille femme dont le col utérin est, ainsi qu'on l'a vu souvent, complétement effacé ; dans l'hypothèse d'un polype, la fente circulaire sera diminuée d'autant, partant peu profonde ; et pour peu que des masses graisseuses ou de toute autre nature accumulées autour de la matrice en rendent l'exploration difficile soit par le rectum, soit par la paroi abdominale, l'embarras sera grand. Ces cas sont rares sans doute,

mais il faut s'attendre à les rencontrer, et que le jeune praticien instruit ne se décourage pas, quand il se verra incapable de les débrouiller; qu'il ne s'impute pas une impuissance qui n'est que celle de la science. Des maîtres illustres ont enlevé des polypes pour des matrices, et même des matrices pour des polypes. Voyez ce que nous avons dit en commençant, sur les erreurs de diagnostic.

Quand les deux affections les plus aisées à confondre ensemble coexistent, c'est-à-dire, quand un polype implanté au fond de la matrice l'a retournée, deux cas peuvent se présenter : ou bien le renversement est peu considérable, et alors on sent le pédicule du polype s'enfoncer librement à une certaine hauteur au-dessus des lèvres du museau de tanche, hauteur trop grande pour que la tumeur vaginale puisse être formée par l'utérus retourné; ou bien le renversement est complet, il y a en quelque sorte deux tumeurs, l'une inférieure, en général beaucoup plus grosse, indolente, dure, irréductible, constituée par le polype; l'autre supérieure, moins dure, douloureuse, réductible ou irréductible, et qui sert pour ainsi dire de racine à la première, c'est la matrice retournée. Le point de jonction des deux tumeurs est marqué par un étranglement. Ne pourrait-on point être tenté de considérer ce nœud comme séparant en deux portions de nature identique une tumeur unique, et lier ainsi ou exciser la matrice sans s'en douter? Si le volume de la tumeur permettait l'examen complet de la tumeur inférieure, pour porter le diagnostic de cette dernière, il faut supprimer l'autre par la pensée et recourir aux signes du renversement en général.

Il y a encore une autre maladie qu'on pourrait prendre pour le renversement de l'utérus; c'est sa chute. « Nous avons trouvé au dehors de la vulve d'un cadavre, une tumeur presque de la grosseur de la tête d'un fœtus, d'un aspect rougeâtre, moitié cutané, moitié muqueux (c'était une vieille femme); le sommet de cette tumeur ne présentait ni saillie, ni orifice, rien qui pût rappeler le col utérin; le pédicule, d'environ un pouce de diamètre, ne remontait qu'à une très-petite hauteur dans le vagin, et n'offrait à son pourtour aucune trace de museau de tanche, ni de fente quelconque, mais un simple cul-de-sac circulaire; en pressant la tumeur entre les deux mains, entre les doigts, on sentait qu'elle était creuse et contenait des corps durs qui se froissaient avec bruit; elle était sensiblement irréductible. Nous ne pressentîmes qu'une partie de la vérité, c'est que la vessie remplie de calculs entrait dans la composition de la tumeur. Nous détachâmes la pièce en sciant le pubis, nous la montrâmes à plusieurs agrégés de l'école, qui après l'avoir examinée à loisir à l'extérieur, comme ils auraient pu faire sur le vivant, n'osèrent même hasarder une conjecture sur le diagnostic. Eh bien, c'était une chute de la matrice dont le col avait disparu par son long séjour au dehors, qui lui avait également valu son apparence à moitié cutanée; la vessie qui l'avait suivie remplissait avec elle le vagin retourné et contenait des pierres que nous n'avons pu ni compter ni examiner; car ne voulant point gâter la pièce dans l'intention de la déposer au musée, nous la remîmes à M. le professeur Breschet qui chargea sous nos yeux M. Huguier de la préparer. Nous espérâmes dès lors la voir bientôt à sa place dans les collections : nous espérons encore... Quoi qu'il en soit, ne devait-on pas être singulièrement tenté de prendre cette tumeur pour un renversement de l'utérus, compliqué d'abaissement? » (Communiqué par M. Morel.)

Complications. Les faits ne le prouvent que trop, pour le renversement qui arrive pendant les couches, la plus grave complication de toutes, c'est l'ignorance de la personne qui l'a occasionné ou qui est chargée d'y remédier. Les autres sont la faiblesse de la constitution, une hémorrhagie considérable, et dans tous les cas l'ancienneté de la lésion, qui rend la réduction difficile et souvent impossible. Levret et Baudelocque ont trouvé des anses d'intestin dans la matrice retournée, ce qui ferait craindre un étranglement interne, par le resserrement du col; c'est un accident dont on n'a point encore d'exemple.

Pronostic. « Le renversement de la

matrice est une maladie grave; mais elle n'est pas essentiellement mortelle; peut-être même n'est-elle pas aussi dangereuse qu'on le pense communément. La plupart des femmes chez lesquelles ce renversement a été méconnu ont vécu un grand nombre d'années, et plusieurs ont joui d'ailleurs d'une bonne santé. D'autres femmes, chez lesquelles on croyait avoir réduit la matrice parce qu'on l'avait fait rentrer dans le vagin, n'ont éprouvé d'autre accident qu'une perte de sang de longue durée, mais souvent peu abondante après les premières heures. En général, le danger de cette maladie dépend moins des accidents qui proviennent essentiellement du renversement de la matrice que des efforts inutiles qu'on a faits pour y remédier. Beaucoup de femmes sont mortes pendant ces efforts, ou après la réduction, les unes un peu plus tôt, les autres un peu plus tard; celles-ci dans des syncopes désespérantes, par leur récidive et leur durée, sans qu'on ait pu les attribuer au sang qu'elles ont perdu; celles-là dans les convulsions; d'autres des suites de la contusion, de la déchirure, de l'inflammation, de la gangrène de la matrice même. Combien ces accidents, étrangers en quelque sorte au renversement, ne sont-ils pas plus graves que ceux qui résultent essentiellement du renversement! Ces derniers se bornent à des douleurs, des tiraillements pénibles dans l'hypogastre, qu'on peut modérer en soutenant la matrice renversée, ou en la repoussant dans le bassin, et à l'hémorrhagie qui n'est inquiétante qu'autant que la matrice renversée reste molle et flasque. Aucune des femmes chez lesquelles Baudelocque a été témoin du renversement de la matrice n'a perdu au delà de deux ou trois palettes de sang, tandis que d'autres, en moins de temps, en ont répandu plusieurs livres, quoiqu'il n'y eût ni renversement, ni dépression de l'organe qui le laissait échapper ainsi par torrents. » Ainsi s'exprime Dailliez, et l'on pourait citer à l'appui du pronostic assez rassurant qu'il trace de la maladie, un cas où les accidents en ont été si légers, que la fonction essentielle de la matrice, la conception, n'en a pas été tout à fait compromise.

Obs. 13. « La femme de Julien Roussin, métayer à Chambresais, près Château-Gonthier, agée de 28 ans, accoucha fort heureusement d'un enfant bien portant, au mois d'octobre 1777; mais la sage-femme, en la délivrant, renversa la matrice, et borna ses soins, faute de savoir, à la repousser dans le bassin. Dix mois après, la femme Roussin, qui n'avait éprouvé que des accidents très-simples, se soupçonna grosse, parce qu'elle éprouvait des dégoûts et d'autres incommodités presque inséparables des premiers temps de la grossesse. Au terme de trois mois, elle ressentit dans le bas-ventre, et surtout vers les reins, de légères douleurs qui augmentèrent graduellement jusqu'au cinquième jour: alors elles devinrent très-fortes, elles expulsèrent une masse considérable que MM. Thuilier, médecin, et Vager, chirurgien de Château-Gonthier, virent et reconnurent pour la matrice renversée. Sans croire à l'existence d'une grossesse, M. Vager tenta trois jours de suite, mais inutilement, la réduction de cette matrice; ne pouvant l'obtenir, il consulta de nouveau M. Thuilier et M. Paroissien, chirurgien, qui lui conseillèrent de la repousser seulement dans le bassin, comme l'avait fait la sage-femme, puisqu'on ne pouvait espérer de faire plus. Six jours après, la femme, qui ne se croyait plus enceinte, rendit un fœtus bien formé, long de cinq pouces (13 à 14 centimètres), qui n'était nullement altéré, que M. Vager vit et examina presqu'à l'instant de son expulsion. M. Chevreul crut longtemps que la femme n'avait qu'un polype, que ses confrères de Château-Gonthier s'étaient trompés en la prenant pour la matrice; mais il leur rendit justice en 1781, après avoir examiné la femme et s'être assuré que le renversement de ce viscère existait réellement et était entier; alors il pensa que le fœtus s'était développé dans l'une des trompes. — « Nous ne saurions, dit M. Moreau, accepter cette explication. Si la conception avait eu lieu dans l'une des trompes, on n'aurait pas vu le fœtus sortir de la cavité du vagin, mais de l'un de ces conduits, dont les orifices, placés près du fond de l'organe renversé, se trouvaient en dehors de la vulve; ou dans les essais qui furent tentés pour

réduire l'utérus, on aurait trouvé l'une des trompes gonflée, son orifice dilaté; rien de cela n'a été observé. Nous serions porté à croire qu'il n'y a eu primitivement qu'une simple précipitation; et si plus tard le renversement s'est opéré, il n'a eu lieu qu'au moment de l'avortement. En adoptant cette supposition tout le merveilleux disparaît. »

Sans doute il ne faut pas que l'amour du merveilleux nous rende trop faciles à accueillir les faits qui présentent ce caractère; mais doit-on par un excès contraire, parce qu'il y en a qui sortent des lois ordinaires et dépassent les bornes de notre intelligence, les violenter pour les simplifier?

Examinons les objections du savant professeur, et commençons par une remarque générale: c'est que l'homme qui est loin des événements, est bien moins favorablement placé pour les interpréter que celui qui se trouve sur leur théâtre même. Celui-là en effet peut, à son insu quelquefois, fonder en partie sa conviction sur des éléments qu'il ne fait pas entrer dans son récit, soit qu'il les néglige comme inutiles ou qu'il les oublie réellement, et ce sont autant de données qui manquent au premier. Voyons maintenant la valeur des raisons par lesquelles M. Moreau combat l'opinion de Chevreul.

Si la conception avait eu lieu dans une des trompes, on n'aurait pas vu le fœtus sortir de la cavité du vagin, mais de l'un de ces conduits dont les orifices placés près de l'organe renversé se trouvaient en dehors de la vulve. Tout ce commencement d'argumentation ne tombe-t-il pas de lui-même, puisque l'observation dit implicitement, il est vrai, mais très-clairement, qu'avant l'expulsion du fœtus, la tumeur avait été repoussée dans le bassin? Sans cela l'œuf sortant de la tumeur entre les cuisses de la malade, eût-il été possible de se méprendre sur le siége de son incubation, quand on l'aurait eu sous les yeux, dans la main? Alors Chevreul n'eût pas parlé de son opinion comme d'une hypothèse probable, mais comme d'un fait démontré, vu. *Ou dans les essais qui furent tentés pour réduire l'utérus on aurait trouvé l'une des trompes gonflée, son orifice dilaté; rien de cela n'a été observé.* Mais la trompe était en dedans de l'utérus, retournée et ne pouvait faire relief, et son orifice ne pouvait-il pas être masqué par un caillot de sang etc. et échapper ainsi aux médecins qui ne devaient pas s'attendre à avoir devant eux un cas sans exemple? La conception se fait bien dans la trompe quand la cavité du corps utérin est là pour la recevoir; pourquoi donc ne se ferait-elle pas dans ce conduit, quand il est impossible qu'elle s'établisse ailleurs? Souvent la matrice retournée s'habitue assez à son nouvel état, pour qu'il ne soit qu'une infirmité supportable, et n'empêche pas une menstruation régulière; pourquoi donc serait-il incompatible avec la conception? Pourquoi l'ovule fécondé ne se fixerait-il pas dans la trompe? N'y a-t-il pas dans la science une foule de faits reçus et qui sont moins naturels, moins vraisemblables?

Il ne faut cependant pas se le dissimuler, aucune des formes du renversement n'est sans danger. Celui qui se lie à l'accouchement peut être immédiatement mortel, malgré les soins les mieux entendus, et cela à cause de l'hémorrhagie qui bien que généralement peu abondante peut cependant être fatale. Les premiers accidents une fois calmés il peut arriver deux choses: tantôt tout se borne à des tiraillements, à des pesanteurs et à la stérilité; c'est une infirmité dont la santé ne se ressent pas profondément; tantôt, et aussi souvent peut-être, outre des souffrances plus vives, des hémorragies répétées minent lentement la vie. Mauriceau nous a transmis l'observation d'une femme qui mourut d'une perte de sang causée par l'entier renversement du fond de la matrice.

Obs. 14. Le 11 mars 1684 j'ay veu une femme qui avait une perte de sang continuelle depuis huit mois qu'elle estoit accouchée, laquelle je jugeay estre entièrement incurable, et la devait certainement faire mourir, comme il arriva peu de temps ensuite; parce que cette perte venait d'un renversement du fond de la matrice, qui avait été tirée au dehors par une ignorante sage-femme, dans le temps qu'elle la voulut délivrer de son arrière-faix en l'accouchant, et comme

après ce fâcheux accident, cette sage-femme s'était contentée de repousser la matrice en dedans, sans réduire pour lors le renversement de son fond, comme elle aurait dû faire, si elle eût été assez entendue en son art, il se fit un si fort étranglement de cette partie, vers l'orifice interne qui était aussi renversé, que ce fond de la matrice s'étant extraordinairement tuméfié, la réduction que l'on en aurait pu faire dans le commencement, devint dans la suite impossible. (*Observ. sur la grossesse et l'accouchement*, p. 294.)

Traitement. En analysant les faits sous le point de vue des indications, on voit qu'ils se partagent en trois groupes . dans le premier la matrice a été réduite immédiatement ou à des époques plus ou moins éloignées de l'accident, mais toujours *facilement* et la guérison a été parfaite; dans le second, l'art est resté tranquille spectateur du renversement qui a été ainsi livré aux soins de la nature; ici l'issue a été variée, rarement fatale, le plus souvent tolérable et quelquefois presque heureuse. Enfin le troisième comprend presque sur la même ligne les cas où la tumeur a été prise pour un polype, pour un môle ou pour la tête d'un second enfant, qu'on a essayé d'arracher ou d'extraire et ceux où la maladie reconnue, on a fait *de grands efforts* de réduction; qu'on l'ait obtenue ou non, ordinairement la mort a été le prix de ces grossières méprises et de ces tentatives imprudentes. Ces dernières ont eu de si tristes effets, qu'on est allé jusqu'à dire qu'elles avaient été plus meurtrières que les premières. D'après les observations ce jugement nous paraît un peu empreint d'exagération : se persuadera-t-on aisément que les manœuvres méthodiques de la réduction, occasionnent, si loin qu'on les pousse, plus de désordres que celles bien autrement violentes de l'arrachement d'un môle ou d'un polype? Nous le répétons, on est plus près de la vérité en assimilant la gravité de ces deux ordres de circonstances, d'ailleurs très-analogues.

La conclusion de ce court examen est qu'il faut toujours tenter la réduction, mais qu'il faut surtout y renoncer si elle offre trop de difficulté.

Dans le renversement opéré pendant les couches, car c'est principalement celui que nous prenons pour type, la réduction est en général facile, quand on l'essaye immédiatement. L'homme qui a le plus souvent été témoin de cet accident, Baudelocque, était si convaincu de ce principe, si sûr du succès en ce cas, qu'il lui est arrivé de laisser la lésion s'accomplir dans tous ses degrés sans rien faire pour s'y opposer (Dailliez, p. 48). A moins de contre-indications particulières que nous signalerons, il ne faut donc pas différer d'un seul instant la réduction. Pour la manière d'y procéder, on ne saurait guère suivre un meilleur guide que Dailliez. Nous allons donc le mettre largement à contribution, ainsi que Boyer l'a souvent fait sans le dire.

Quand il n'y a qu'une simple dépression, il est rare qu'on soit obligé d'introduire la main dans la matrice pour en relever le fond; il suffit presque toujours alors de solliciter l'action du viscère par des palpations extérieurement à travers les parois du ventre : à mesure qu'il se contracte, la dépression diminue et s'efface, pourvu qu'on n'exerce aucune traction sur le placenta. La réduction de la portion déprimée s'obtient de même après la délivrance et peut-être plus vite encore, parce que le poids du placenta ne tend plus à l'entraîner et ne l'empêche pas de remonter.

Mais lorsque la dépression augmente, au lieu de disparaître, il faut introduire la main dans l'utérus pour en relever la portion abaissée et la soutenir un instant dans la crainte qu'elle ne s'enfonce de nouveau. Alors, si le placenta est encore adhérent, doit-on le refouler avec la paroi qui le supporte? Dailliez répond par l'affirmative; Baudelocque a fait différemment et avec succès.

Obs. 15. « Une femme d'une faiblesse extrême, accoucha pour la quatrième fois le 30 fructidor an VI, presque sans la participation des contractions de la matrice, et par les seuls efforts des muscles abdominaux. Le renversement commença par la partie postérieure de la matrice. Le professeur Baudelocque, qui le reconnut à l'instant même, lia et coupa de suite le cordon ombilical et s'occupa pendant plus

d'une demi-heure des soins propres à faire contracter cette matrice molle et sans action ; mais voyant après ce temps, qu'au lieu de reprendre son état naturel, elle continuait de se renverser, il en détacha le placenta qui remplissait le vagin et réduisit la portion renversée, qui comprenait plus de la moitié de ce viscère (Dailliez, p. 47)». Nous préférerions imiter Baudelocque ; de la main qui soutient le fond de l'utérus nous décollerions peu à peu le placenta, qui au moins ne compliquerait plus la situation.

Quand le renversement est avancé au point que le fond de la matrice est engagé dans l'orifice, il faut bien se garder de tirer le viscère de son inertie ; ses contractions augmenteraient le déplacement et le compléteraient. Dans ce cas il faut de suite repousser la portion affaissée, et avec elle le placenta quand il n'est pas détaché, pour le décoller ensuite doucement tout en soutenant la paroi relevée.

Cette réduction n'est plus aussi facile quand le renversement est complet, soit que le fond de la matrice ne fasse que se présenter à la vulve, soit qu'elle pende entre les cuisses. Quelques auteurs conseillent d'avoir soin de se garnir les doigts avec des bandelettes de linge fin demi-usé pour adoucir l'effet des pressions qu'ils exercent sur la matrice. Mais sans atteindre le but qu'on se propose, c'est se priver d'un avantage précieux, du toucher, qui ne vous permet plus de sentir le progrès de la réduction. Voici comment on y procède :

La malade est couchée sur le dos, la tête fléchie et soutenue par un oreiller, le bassin plus élevé que la poitrine; si le placenta est encore adhérent à la matrice, on l'en sépare pour diminuer le volume de la tumeur; ensuite si elle est sortie du vagin, on l'y repousse tout entière. Puis on saisit cet organe avec la main droite, disposée de manière que la base de la tumeur corresponde à la paume de la main et que les doigts soient distribués autour de son pédicule ; on pousse de façon à commencer la réduction par la partie de la matrice qui est la plus près de son orifice, et conséquemment ce qui s'est renversé le dernier, comme on le fait dans une hernie. Si l'on ne réussit par ce procédé, on peut employer le suivant qui a plusieurs fois été mis en pratique avec succès : on réunit les doigts en forme de cône, on les applique sur le centre de la tumeur, et on le déprime en le faisant rentrer dans le globe même que forme la matrice ; on continue d'agir ainsi jusqu'à ce que la partie de la matrice que la main pousse devant elle, et la main elle-même aient traversé ce col. De quelque manière qu'on opère la réduction, l'autre main doit être placée sur l'hypogastre pour fixer la matrice même que la main droite ne ferait que refouler sans cette précaution, ou qu'on ne réduirait qu'en exposant la femme à quelques dangers. La main gauche soutient le col de la matrice à travers lequel toute la portion renversée doit repasser ; elle modère l'effort que fait celle qui opère sur le point qui unit le vagin avec la matrice, et ne contribue pas moins que l'autre à la réduction. Quand celle-ci est faite, la main doit rester pendant quelques instants dans la matrice pour en soutenir les parois et solliciter leur contraction en les titillant avec les doigts. Si ces parois restent molles, sans action et presque insensibles, on a recours aux injections et aux autres moyens existants usités dans le cas d'inertie et d'hémorrhagie de la matrice. On recommande à la malade de rester couchée sur le dos, de tenir le siége un peu élevé, de faire de temps à autre des frictions sur le corps de la matrice qu'on lui fait palper et reconnaître, de ne se livrer à aucun effort, soit en urinant, soit en allant à la selle, afin de prévenir la récidive du renversement, accident que l'on dit être arrivé quelquefois, mais qui n'a eu lieu probablement que parce que la réduction n'était pas complète.

Lorsqu'elles ne réussissent pas d'abord il ne faut pas trop prolonger la tentative de réduction, dans la crainte de fatiguer la matrice et de préparer des accidents ; il convient de soutenir la tumeur avec un bandage approprié, pour recommencer plus tard de nouveaux essais toujours ménagés, et l'on répète cette manœuvre de temps en temps jusqu'à ce qu'elle ait été couronnée de succès ou qu'on se soit convaincu qu'elle est impossible. Si la tumeur est dure et douloureuse au toucher, at-

tendez qu'elle soit devenue plus molle, moins sensible, et que le col de la matrice soit relâché. Bien qu'en général la facilité de la réduction diminue à mesure qu'on s'éloigne de l'époque où s'est opéré le renversement, l'état du viscère rend un délai nécessaire, et recule ainsi le moment le plus favorable aux tentatives. La solidité des parois de la matrice qui s'oppose à la réduction dans les premières heures, n'est souvent que la suite de l'engorgement qu'elles auraient éprouvé s'il n'y avait pas eu de retournement, et qui y survient presque toujours après l'accouchement quand il n'y a pas de pertes ou de lochies rouges abondantes. Les douleurs que ressent la femme, souvent aussi ne sont que ces tranchées si ordinaires à la suite de l'accouchement, qui se répètent de moments en moments et qui ne se prolongent guère au delà du second jour. Il faut s'abstenir de grands efforts de réduction pendant la durée de cet engorgement et de ces douleurs.

La tuméfaction de la matrice et sa grande sensibilité, peuvent dépendre également de l'inflammation. Mais celle-ci n'arrive guère que cet organe n'ait été froissé, contus, tiraillé, déchiré par la main qui a trop insisté pour le réduire, ou qui l'ayant pris pour une môle, un faux germe, ou un polype, s'est efforcée de l'arracher, comme on le remarque dans beaucoup d'observations. S'il ne faut, dans l'un de ces cas, qu'un peu de repos, des boissons délayantes, des lavements, de la patience, dans l'autre, les saignées, les fomentations émollientes, les injections, les bains, deviennent tout à fait nécessaires. Lauverjat n'a réduit, il y a plus de vingt-cinq ans, qu'après l'emploi de tous ces moyens, une matrice renversée depuis dix à douze jours, et qui semblait sphacélée.

Obs. 16. « Une femme qui était accouchée naturellement de son premier enfant le 26 mai 1746, mais qui n'avait pu être délivrée qu'avec un peu de peine, ressentit la nuit suivante, des tranchées qu'elle attribua au trop peu de sang qu'elle perdait, et s'aperçut en outre qu'un corps quelconque semblait vouloir s'échapper du ventre. Un chirurgien appelé le lendemain, se persuadant que ce corps était une môle, fait pendant une demi-heure d'inutiles efforts pour l'extraire; il le déplace, le déchire avec les ongles, et n'en détache que quelques lambeaux. Les assistants, effrayés des cris de la malade, demandent un autre chirurgien, qui se contente d'assurer qu'il n'y a point de môle, et ne prescrit qu'un élixir qui ne convenait sans doute nullement à l'état de la femme. Le 28 au matin, Hoin s'assure par le toucher, que cette tumeur qu'on avait prise pour une môle, était la matrice renversée incomplétement, il s'effraye du danger qui menace cette femme, à l'aspect des lambeaux qu'on lui présente de cette prétendue môle; il n'ose tenter la réduction de suite, parce que la fièvre était trop ardente, le ventre fort élevé, la région hypogastrique tuméfiée et très-douloureuse, la respiration excessivement gênée, le visage enflammé, la peau brûlante, la tumeur elle-même, dit-il, ne pouvant supporter l'approche du doigt. Il a recours au saignées du bras et du pied, aux fomentations émollientes, aux injections, aux lavements, aux potions huileuses, aux boissons délayantes, et tel fut le succès de cette conduite vraiment médicale, que dès le lendemain, dans le cours de la soirée, il put réduire aisément et sans danger, cette matrice qu'il n'avait osé toucher la veille. Un mois après, la femme était parfaitement guérie. » (Obs. communiquée à l'Acad. de chir., *Mém. de Sabatier*, inséré parmi ceux de cette société, t. III.).

Sans parler d'autres réductions opérées dans les cas ordinaires sept heures après l'accident (Baudelocque) et cinq jours plus tard (Ané), nous citerons un cas de succès très-remarquable obtenu par Chopart : la matrice chez une femme de campagne était depuis huit jours renversée complétement, pendante entre les cuisses, et atteinte çà et là de gangrène, lorsqu'il fut appelé et qu'il la réduisit. En la touchant, dit-il, on en exprimait une grande quantité de mucosité sanguinolente très-fétide, comme on l'aurait exprimée d'une éponge. La femme se rétablit promptement, et elle eut deux autres enfants que le même chirurgien reçut. (Dailliez, p. 86).

Enfin quand on a porté sans succès les tentatives de réduction aussi loin, que la

prudence le permet, quand il semble qu'il n'y a plus d'espoir, il y en a encore dans une réduction spontanée. Elle peut arriver par un ébranlement nerveux violent : dans les deux seuls exemples connus de cette guérison inattendue, elle s'est opérée par une chute brusque de la femme. Quel en est le mécanisme ? On conçoit que la contraction instinctive des muscles de la vie animale dans la frayeur passe à ceux de la vie organique ; l'intestin et la vessie se resserrent et chassent au dehors les excréments et l'urine : dès lors, qu'y a-t-il d'étonnant que cette galvanisation s'étende à la matrice ? Mais là s'arrête l'hypothèse : elle ne pénètre pas plus avant dans ce phénomène. Comment se fait-il que ces contractions ramènent le viscère à sa conformation normale au lieu de rendre la réduction plus difficile comme celles qui suivent l'accouchement ? C'est là un fait d'un ordre bien plus extraordinaire encore que la conception tubaire pendant un renversement de matrice ; et quelque inexplicable qu'il paraisse il faut bien pourtant l'accepter, parce qu'il est revêtu de tous les caractères de l'authenticité. Voici le premier exemple qu'on ait publié :

Obs. 17. « M. de la Barre s'étant retiré dans une chambre voisine de celle où sa femme accouchait, eut à peine entendu les cris de son enfant, que ceux de la mère, qu'il croyait délivrée, le rappelèrent auprès d'elle. La sage-femme avait renversé complétement la matrice, en voulant extraire le placenta, et, croyant que c'était un faux germe, elle s'efforçait de l'arracher, en se faisant aider d'une autre matrone également ignorante. M. de la Barre reconnut l'accident, et n'osa tenter d'y remédier. Ayant détaché l'arrière-faix qui tenait encore à la matrice, il exigea de l'une des deux sages-femmes qu'elle réduisît ce viscère, après l'avoir fomenté avec un peu de vin chaud ; mais cette réduction fut incomplète sans doute ; la matrice se présenta sans cesse à la vulve, et interceptait le passage de l'urine qu'on fut obligé d'évacuer, pendant dix à douze jours, au moyen de la sonde. M. de la Barre, au lieu de tenter de replacer la matrice entièrement dès l'instant qu'il s'aperçut qu'elle ne l'était pas, se contenta de faire des injections émollientes et relâchantes pour en ramollir le col, et n'essaya que longtemps après d'opérer la réduction. Tous ses efforts furent inutiles ; l'état de sa femme devint plus fâcheux de jour en jour à cause de la continuité de l'hémorragie, et il était loin d'espérer sa guérison. Sa femme voulant descendre du lit pour prendre un lavement, fit un effort, et tomba sur le carreau. A l'instant même elle ressentit dans le ventre un mouvement extraordinaire accompagné d'une douleur très-vive, d'une perte plus abondante et de défaillances. Remise au lit, M. de la Barre s'aperçut en la touchant, que la réduction de la matrice, qu'il avait tentée tant de fois, venait de s'opérer. Il n'existait plus de tumeur dans le vagin ; le col de la matrice était libre, et ce chirurgien put y introduire le doigt profondément. Sa femme épuisée éprouva de nouveaux accidents qui retardèrent ou prolongèrent sa convalescence ; mais on crut devoir les attribuer autant à sa faiblesse qu'à un reste d'humeur laiteuse. Elle se rétablit entièrement dans la suite ». Cette observation fut communiquée à l'Académie de chirurgie par M. de la Barre. Aucun des membres de cette compagnie ne voulut y ajouter foi, et Baudelocque, qui avait été chargé de l'examiner crut que le fait était faux. Il est probable que ce célèbre accoucheur aurait persisté dans cette opinion, sans l'occasion qu'il eut quelques années après, d'observer un fait de la même espèce, et plus extraordinaire encore ; le voici :

Obs. 18 « Madame Boucharlatte accoucha de son premier enfant au commencement de janvier 1722, dans la ville du Cap-Français, qu'elle habitait depuis sa naissance. L'accouchement fut naturel ; mais la délivrance offrit des difficultés qui déterminèrent le médecin accoucheur à porter la main dans la matrice pour en extraire l'arrière-faix. A l'instant où il sortit, cette jeune femme se plaignit qu'on lui arrachait les entrailles, et sentit ensuite entre les cuisses une masse d'un grand volume qu'on repoussa dans le vagin. Elle perdit beaucoup de sang, tomba plusieurs fois en syncope, et se trouva tellement affaiblie, que l'accoucheur

craignant qu'elle ne mourût entre ses mains, n'osa plus toucher à la matrice qu'il n'avait fait que repousser dans le bassin. Il crut qu'il valait mieux attendre le retour des forces pour tenter la réduction, mais elles revinrent si lentement qu'on jugea inutile ensuite de s'occuper de cette réduction.

» Pendant les premières années, la tumeur se présentait à la vulve toutes les fois que la femme faisait des efforts pour aller à la selle; quelquefois elle sortait : la malade la repoussait après en avoir observé le volume et la forme; ou bien elle appelait l'accoucheur pour la réduire. La tumeur était de la grosseur du poing, dans ces premiers temps, et de forme conique. Dans la suite, elle perdit de ce volume, se réduisit à celui d'un œuf de poule, et sortit plus rarement.

» Il y avait huit ans que madame Boucharlatte était dans cet état lorsqu'elle vint en France; et après avoir consulté, tant à Bordeaux qu'à Paris, différentes personnes de l'art qui ne furent pas d'accord sur la nature de la tumeur, elle eut recours au célèbre Baudelocque. Ce professeur, en examinant la malade, trouva dans le vagin une tumeur de la grosseur et à peu près de la longueur d'un moyen œuf de poule; elle semblait sortir du col de la matrice qui était très-ouvert et qui en entourait le pédicule d'une manière assez lâche pour qu'on pût promener le doigt autour, mesurer la longueur et la profondeur du sillon dans lequel il était, et s'assurer également que la membrane extérieure de l'une se réfléchissait sur la surface interne de l'autre.

» L'état de maigreur du sujet permit d'ailleurs de palper assez profondément la région hypogastrique pour se convaincre que le bassin ne contenait rien qui ressemblât au corps de la matrice, et que la tumeur que parcourait le doigt introduit dans le vagin, était ce viscère lui-même.

» En fixant cette tumeur avec la main qui était à l'extérieur, tandis qu'avec deux doigts de l'autre main il en repoussait la base, comme pour la réduire, Baudelocque s'aperçut qu'elle perdait au moins la moitié de sa longueur; que la profondeur de la gaîne que formait le col de la matrice autour du pédicule s'en augmentait d'autant : en un mot, qu'en refoulant le fond de cette matrice renversée au niveau du bord de l'orifice externe, la réduction s'en faisait à demi, mais que les parties revenaient à leur premier état aussitôt que l'on cessait d'agir. La faiblesse de la femme, la douleur qu'elle éprouvait pendant ces tentatives ne permirent pas de les pousser plus loin. Mais on se promit bien de les recommencer quelques jours après, quoiqu'on n'osât se flatter d'aucun succès, tant on croyait alors qu'il était impossible d'en obtenir.

» La veille du jour fixé pour tenter de nouveau la réduction, quelques amis de madame Boucharlatte voulurent pour la distraire, la promener dans sa chambre : comme elle y mit de la résistance, ses mains s'échappèrent de celles qui l'enlevaient de dessus sa chaise, elle retomba brusquement assise sur le parquet. Un mouvement extraordinaire et une douleur aiguë se firent sentir dans le ventre; elle perdit un instant connaissance; on la mit au lit, et on fit appeler aussitôt Baudelocque, qui ne retrouva plus la tumeur qu'il avait si bien examinée trois jours auparavant. La femme elle-même avait déjà remarqué qu'elle n'existait plus. Le col de la matrice était encore alors assez ouvert dans toute sa longueur, pour permettre d'y introduire le doigt profondément, et d'explorer la cavité qui était au-dessus. Le museau de tanche était long de quatre à six lignes en devant, un peu moins en arrière, et échancré sur le côté gauche. La région hypogastrique se trouvait un peu élevée, tendue et douloureuse. Pour la première fois depuis huit ans, la malade avait passé plusieurs heures sans perdre une seule goutte de sang. Trois jours après ce replacement spontané, le col de la matrice était dans l'état ordinaire; l'orifice resserré ne permettait plus au doigt d'y pénétrer; le sang ne reparut que dix jours après cet événement heureux; il cessa de couler quatre ou cinq jours ensuite, et cette évacuation reprit une marche périodique.

» Madame Boucharlatte, qui en arrivant à Paris était maigre et dans un état de consomption, qui avait le teint pâle et livide, reprit de la fraîcheur, de la force et de l'embonpoint. Agée seulement

de 28 ans, et veuve depuis plusieurs années, elle repassa au Cap, y contracta un nouveau mariage, devint enceinte, et accoucha heureusement au terme ordinaire. Elle mourut un an après d'une maladie aiguë. » (Dailliez, p. 107.)

Le fond de cet organe, en se renversant, entraîne avec lui les trompes de Fallope, les ovaires, les ligaments ronds et larges qui naissent extérieurement de ses côtés dans l'état habituel, et qui dans l'état de renversement, semblent s'élever du fond de la cavité même de la matrice pour rayonner vers le pourtour du bassin; toutes ces parties sont alors d'autant plus tiraillées que le renversement est plus grand. Avec la tonicité seule qu'on ne saurait leur refuser, elles tendent à relever les parties déprimées qui les tiraillent. Les ligaments ronds agissent comme des puissances musculaires dont la contraction spasmodique a pu jouer le principal rôle dans les réductions spontanées. Les faits d'ailleurs démontrent cette réaction: ne remarque-t-on pas que la matrice retournée remonte peu à peu et pèse de moins en moins sur le périnée? Elle semble rentrer dans son col à mesure que le renversement vieillit; cet orifice n'embrasse plus aussi étroitement le pédicule de la tumeur, la fente circulaire s'enfonce de plus en plus; le doigt y pénètre plus aisément et plus loin. Ces observations ont été faites par Baudelocque sur plusieurs femmes qu'il a été à même de toucher à de grands intervalles, autant pour s'assurer des changements qu'éprouvait la matrice que pour tenter d'en opérer la réduction. La nature a suivi cette marche chez madame Boucharlatte, et il est probable qu'en général elle ne s'en écarte pas.

Cependant compter sur de tels prodiges, serait se bercer d'illusion; mais alors les malades chez qui un renversement irréductible occasionne des hémorrhagies sans fin, chez qui la tumeur, surtout si elle dépasse la vulve, s'irrite incessamment et se couvre de taches gangréneuses, n'auraient donc plus qu'à mourir! Encouragés par quelques exemples où la matrice avait été liée sans inconvénient pour un polype, des chirurgiens ont vu dans l'amputation de cet organe une ressource extrême contre un renversement incurable. Dans un cas de polype avec renversement, Desault, en présence de Baudelocque, appliqua la ligature non sur la racine de la végétation, mais sur la partie voisine de la matrice, et la malade guérit sans accident. Dailliez ajoute, comme pour le justifier, que l'opérateur retrancha *sciemment* une partie du tissu utérin; je doute que l'apologie fût du goût de l'homme qui en était l'objet; n'eût-il pas préféré le reproche d'avoir manqué d'une précision souvent impossible dans cette circonstance, que d'avoir gratuitement exposé à des dangers redoutables la malade en entamant le viscère? D'après Marc-Antoine Petit, Bouchet de Lyon lia aussi avec succès la matrice retournée par un polype; M. Bouchet fils rectifie l'erreur de Petit en assurant que son père avait bien reconnu le renversement. Quoi qu'il en soit, c'est une opération qui a réussi: Vieussens l'a vu faire avec le même bonheur chez une femme qui retrouva depuis sa santé première et jusqu'à ses règles.

Obs. 19. «Il y a vingt ans que la matrice, trop abreuvée sans doute de sucs humides, de Jeanne Bergoneuse, blanchisseuse, âgée de trente ans, et d'une très-forte constitution, se relâcha si fort peu à peu par les fréquents efforts qu'elle faisait, soit en portant de trop grands fardeaux sur la tête, soit en lavant du linge, qu'enfin ce viscère sortit de son corps par la vulve, sous la forme d'une tumeur ronde, rougeâtre et grosse à peu près comme les deux poings; et parce que cette malade était pauvre, on la fit porter à l'Hôtel-Dieu de Montpellier, où je fus bientôt appelé avec les sieurs Germain et Dumas, maîtres chirurgiens, pour la délivrer d'un mal si pressant et si dangereux. Après avoir examiné attentivement la grosseur et la surface extérieure de cette tumeur, je crus que c'était le corps de la matrice renversé de dedans en dehors. Ce cas m'ayant paru fort extraordinaire, je fis appeler M. Barbeyrac et quelques autres médecins pour entendre leur avis sur un fait si particulier: ils furent tous d'abord d'un sentiment contraire au mien et assurèrent par plusieurs raisons qui me semblaient fort convaincantes, qu'il

n'était pas possible que la matrice se renversât de dedans en dehors, et que cette tumeur n'était autre chose que le vagin extraordinairement relâché, gonflé et tourné de dedans en dehors : cette différence d'avis n'empêcha pas qu'il ne fût unanimement convenu qu'il fallait lier la tumeur le plus haut qu'il serait possible et la couper un peu au-dessous de la ligature, parce que sa grosseur extraordinaire et son extrême sensibilité empêchaient qu'on ne pût la remettre dans le corps : on la lia donc et on la coupa ; ensuite j'en fis la dissection en présence des médecins et chirurgiens qui avaient été appelés ; et pour lors ils furent convaincus aussi bien que moi que ce n'était autre chose que la matrice renversée de dedans en dehors, extraordinairement gonflée, et sortie du corps par son trop grand relâchement.

» Avant que le sieur Dumas coupât cette matrice, il saigna la malade du bras ; il la saigna aussi après : il fit d'abord des injections vulnéraires douces dans le vagin ; il y introduisit deux fois chaque jour une tente d'une grosseur et d'une souplesse convenables, dont le bout était enduit de baume d'Arceus ; et la ligature qui avait été faite étant tombée, il se servit de l'eau du bain de Balaruc tiède, pour nettoyer et fortifier le vagin. Par ces remèdes, par des lavements détersifs doux, par des purgations avec la rhubarbe, la casse et la manne et par un bon régime de vivre, la malade fut rétablie en santé en deux mois : depuis l'âge de quatorze ans jusqu'à la chute de sa matrice, elle avait été parfaitement bien réglée ; mais après qu'on l'eût retranchée de son corps ses règles furent entièrement supprimées pendant neuf ou dix mois ; ensuite elle fut tout aussi bien réglée pendant quatre ou cinq ans qu'elle l'avait été avant que sa matrice se relâchât : comme elle ne pouvait éviter de travailler beaucoup pour se gagner du pain et à sa famille, les violents exercices qu'elle faisait chaque jour minèrent insensiblement sa santé : de sorte qu'elle tomba dans un épuisement de forces à ne pouvoir plus agir ; ce malheureux état l'obligea de se faire transporter pour la seconde fois dans l'hôpital de Montpellier, où elle mourut d'une inflammation d'entrailles ; le lendemain de sa mort j'ouvris son cadavre en présence des médecins et chirurgiens avec qui j'avais consulté pour elle neuf ou dix ans avant qu'elle mourût ; et ils virent comme moi, que la plaie qu'on avait faite à la matrice quand on la coupa, avait été parfaitement cicatrisée, et qu'il n'était resté dans le corps qu'un petit morceau de ce viscère, lequel était fort dur et calleux. Quoique cette observation si rare et si curieuse puisse suffire pour faire voir démonstrativement que c'est le vagin qui est le véritable couloir des menstrues des femmes, puisque Jeanne Bergoneuse les eut réglément pendant plusieurs années, après que la matrice eut été retranchée de son corps ;...» (Vieussens, *Traité nouveau des liqueurs du corps humain*, in-4° ; Toulouse, 1715, t. II, p. 379.)

Voilà comme on s'abuse ; de ce que le vagin sécrète accidentellement les règles, conclure qu'il en est la source habituelle, c'est là un raisonnement incomplet. Parce qu'une varice, parce qu'une plaie, une muqueuse quelconque, la conjonctive, fournit cette évacuation périodique, ou la supplée, faudrait-il dire que ces parties si diverses étaient destinées à en être le siége normal? S'il est un organe qui paraisse propre à remplacer l'utérus sous ce rapport, assurément c'est le vagin. Vieussens prenait l'exception pour la règle.

Cette observation est un exemple d'un brillant succès, mais malheureusement il est plus rare encore et les revers ici sont bien plus nombreux.

Obs. 20. « Une femme âgée de 24 ans, enceinte pour la première fois, arrive au terme de sa grossesse, et accouche heureusement le 4 juillet 1824. La sage-femme qui l'assiste, dans la vue de hâter la délivrance, exerce imprudemment des tractions violentes sur le cordon ombilical, et renverse complétement la matrice qui pend entre les cuisses sous la forme d'une grosse tumeur à laquelle le placenta est attaché.

» Un jeune médecin est appelé : il méconnaît la nature de cette tumeur, et la regarde comme un polype sur lequel le placenta est implanté ; il détache ce

corps et place une ligature sur la tumeur qui versait une grande quantité de sang. La constriction de la ligature au moyen d'un serre-nœud fait cesser l'hémorrhagie, et la tumeur est ensuite repoussée dans le vagin le plus haut possible.

» Cette ligature ne causa ni douleurs vives, ni convulsions, ni aucun autre accident bien remarquable, quoique de temps à autre on augmentât la constriction. Le 24 juillet, c'est-à-dire, dix-huit jours après l'accouchement, la malade est portée à l'hôpital de la Charité, et présente l'état suivant : le serre-nœud dépasse les grandes lèvres d'environ un pouce et demi, et la ligature est très-lâche ; le doigt indicateur introduit dans le vagin y touche une tumeur ronde, assez molle, dont il peut parcourir librement toute la circonférence, mais sans pouvoir atteindre ses limites supérieurement, ni même l'endroit où la ligature est placée ; le ventre est souple, presque indolent à la pression ; la région hypogastrique se laisse déprimer aisément, sans douleur, et l'on n'y sent aucune tumeur; le pouls est petit, fréquent; le visage est altéré et d'un jaune remarquable.

» La ligature tomba le 1er août, 26 jours après l'opération, sept jours après l'entrée de la malade à l'hôpital. Le lendemain la tumeur sortit spontanément du vagin.

» L'examen attentif de cette tumeur, dont la forme était globuleuse, fit reconnaître à sa surface les orifices des sinus utérins et les traces de l'insertion du placenta. On voyait à sa partie supérieure une cicatrice récente, froncée, évidemment due à l'inflammation adhésive du péritoine déterminée par la présence de la ligature. En détruisant cette cicatrice on pénétra dans une petite cavité tapissée par une membrane séreuse. Toutes ces circonstances jointes à la structure fibreuse de la tumeur, à la disposition par couches de ses fibres, à la dilatation considérable des nombreux vaisseaux qui entraient dans sa composition, ne me permirent pas de douter qu'elle ne fût une portion de matrice renversée.

» Après la sortie de cette tumeur, le toucher en fit découvrir une autre dans le vagin. Celle-ci, beaucoup moins considérable que la première, était en quelque sorte pyramidale. On distinguait sur la partie moyenne de sa base un léger enfoncement rond et légèrement froncé. Son sommet était environné par un bourrelet, au-dessous duquel le doigt pouvait pénétrer à quelques lignes de profondeur. Je ne doutai point que cette seconde tumeur ne fût formée par la portion de la matrice renversée comprise au-dessus de la ligature.

» La malade éprouva un bien-être marqué après la chute de la première tumeur : elle eut de l'appétit et demanda des aliments ; cependant le visage conservait l'altération et la teinte jaune dont il a été parlé plus haut.

» Le 4 août, à midi, frisson de deux heures, suivi de chaleur et d'une sueur abondante, rémission vers le soir ; mais à 10 heures, nouvel accès de fièvre qui se prolonge fort avant dans la nuit.

» Le 5, deux nouveaux accès de fièvre ; région hypogastrique douloureuse, surtout à droite, vomissements de matières jaunâtres amères, changement dans le timbre de la voix, respiration suspirieuse.

» Le 6, les vomissements continuent deux accès de fièvre, comme la veille douleur dans l'arrière-bouche, déglutition difficile.

» Le 7, même état; légère rémission : cependant la malade exige qu'on la transporte chez elle, où j'envoie un élève instruit chaque jour pour la visiter.

» Les jours suivants, la fièvre, de rémittente qu'elle était, devient continue ; les traits s'altèrent de plus en plus ; les forces diminuent rapidement, et la malade meurt le 12 août.

» J'aurais bien voulu pouvoir faire moi-même l'ouverture du corps de cette femme ; mais mes occupations ne me le permettant pas, j'en chargeai deux de nos élèves internes les plus instruits. Quelques difficultés qu'ils éprouvèrent dans cette opération ne leur permettant pas d'examiner en détail l'état des viscères abdominaux, ils enlevèrent les parties de la génération. Je fis l'examen de ces parties en présence de MM. les professeurs Désormeaux et Deneux, et d'un grand

nombre d'élèves ; voici ce qui fut observé, après avoir fendu le vagin dans toute la longueur de sa partie antérieure : la tumeur que l'on sentait dans ce canal, immédiatement après la chute de la partie de la matrice renversée qui se trouvait au-dessous de la ligature, avait presque entièrement disparu ; le peu qui en restait, était entouré par un bourrelet circulaire qui lui était contigu, et formait avec lui à la partie supérieure du vagin, une espèce de voûte au milieu de laquelle était une cicatrice enfoncée très-mince, qui séparait la cavité de l'abdomen de celle du vagin. Du côté du bas-ventre, la portion restante de la matrice formait une espèce d'entonnoir profond dans lequel s'enfonçaient les ligaments larges et les trompes de Fallope; les ovaires quoique entraînés vers cette espèce d'entonnoir n'y étaient point engagés; ils étaient flottants sur les parties latérales. Le fond de cet entonnoir était séparé de la cavité du vagin par une cloison très-mince, comme nous l'avons dit. Il est évident d'après cela qu'une grande partie du fond de la matrice renversée a été séparée par la ligature, qui a fait périr la malade consécutivement. » (Boyer, t. x, p. 510.)

Deleurye appelé dans le cours de février 1778 auprès d'une femme dont la matrice avait été renversée au moment de la délivrance et sans doute tiraillée par la sage-femme, ne pouvant en obtenir la réduction, se décida à l'amputer, et le fit sur le champ. Tout ce qu'on a pu savoir de cette opération c'est que la malade mourut trois jours après. Enfin les malheurs de ce genre sont trop nombreux pour que malgré le succès récent de M. R camier (1829) on ose songer à enlever la matrice, excepté dans le cas où c'est la seule chance qui reste contre la mort. M. Moreau, par exemple, pense que la ligature du viscère aurait réussi dans le cas suivant:

Obs. 21. «Marianne Roche, âgée de trente-six ans, grande, bien faite, accouche pour la seconde fois dans le courant de décembre 1790. L'accouchement, la délivrance et les suites n'offrirent rien de particulier. Au quinzième jour de sa couche Marianne voulut se lever, fit un effort, et sentit un corps qui se déplaçait et tombait dans le vagin. Un médecin, puis une sage-femme, prirent la maladie pour une descente de matrice; le repos, la position horizontale, un pessaire qui ne put être gardé, des médicaments astringents de toute espèce furent successivement mis en usage sans succès. Examinée à l'Hôtel-Dieu de Lyon, le 15 juin 1791, par Petit, cette femme était d'une pâleur effrayante, faible, abattue par des pertes continuelles en rouge et en blanc. Le ventre et surtout l'hypogastre étaient souples; les urines coulaient librement; un léger sentiment de pesanteur se faisait sentir sur le rectum; des douleurs dans les cuisses et des coliques, quoique éloignées, ôtaient le repos à la malade; elle avait eu plusieurs syncopes, elle cédait malgré elle à l'assoupissement; son pouls était fréquent, mais faible. Le toucher fit reconnaître dans le milieu du vagin et postérieurement vers la concavité du sacrum, un corps mollasse, uni, pyriforme, tenant par son pédicule au centre du col de la matrice, à travers lequel il passait sans y être gêné, et que Petit crut reconnaître pour un polype né du fond de cet organe, et descendu à travers son orifice jusque dans le vagin. Quatre autres chirurgiens examinèrent ensuite la malade; tous reconnurent un polype et pensèrent que la ligature était le moyen le plus convenable d'en délivrer la malade. En conséquence, le 17 au matin, tous les consultants étant réunis, M. Rey entreprit de faire l'opération; elle fut laborieuse, les tentatives furent difficiles, les instruments pénétrèrent peu avant, et l'opérateur disait agir sur un fond qui le repoussait. La ligature fut cependant placée et serrée; mais dans ce moment la femme poussa un cri violent qui fut un trait de lumière pour l'un des consultants. *Arrêtez*, dit Desgranges, *nous nous sommes trompés ; je soupçonne un renversement de matrice.* On s'arrête, on touche de nouveau, cette exploration laisse dans une incertitude dont l'éclaircissement est renvoyé au lendemain, parce que la femme fatiguée demandait du repos.

» Les ligatures ayant été ôtées, la femme replacée dans son lit, se plaignit de coliques plus fortes qu'à l'ordinaire, qui se prolongèrent toute la nuit, et que des injections, des fomentations émollientes ne purent calmer.

» On se proposait d'explorer la région de l'utérus avec un doigt placé dans le rectum et la convexité d'une sonde introduite dans la vessie. Mais le lendemain la malade se trouva si faible, que les consultants, prévoyant sa fin prochaine, ne voulurent point la fatiguer par de nouvelles recherches. En effet, cinq jours après elle mourut. L'ouverture du corps fit voir, dans le vagin, la matrice de grosseur et de consistance ordinaires, engagée tout entière à travers son orifice assez mou pour permettre d'y promener circulairement le doigt, et, formant une gouttière qui avait sur tous les points de son étendue sept ou huit lignes de profondeur. Du côté de l'abdomen on voyait une cavité dont les parois étaient formées par la surface externe de la matrice renversée, et sur le bord de laquelle reposaient à droite et à gauche l'ovaire et le morceau frangé, qui semblaient près de s'y introduire. »

Sans doute il fallait tenter ici l'opération, puisque c'était mettre une espérance de guérison à la place d'une certitude de mort.

La question de l'ablation de la matrice se résume donc en ces termes : beaucoup plus de revers que de succès. C'est un résultat que ne prévoyait pas Marc-Antoine Petit quand il a écrit ces réflexions au bas de l'observation de Bouchet : «La matrice d'ailleurs semble moins appartenir à l'individu qu'à l'espèce, et bien des expériences ont prouvé que la nature pouvait en supporter la perte sans que l'harmonie des fonctions en fût sensiblement dérangée. » Sans doute c'est là un fait qui se renouvelle tous les jours chez les animaux ; mais en supposant qu'il en fût de même chez la femme, il y a autre chose à considérer dans l'ablation du viscère que le dérangement qu'il apporterait dans l'économie; il y a la lésion traumatique. Une plaie d'une certaine étendue, qui porte sur un organe moins important et moins susceptible que la matrice, ne peut-elle pas, sans rien enlever, devenir mortelle ? Et ici la blessure intéresse un organe dont les sympathies nerveuses sont très-vives et qui touche à la séreuse la plus vaste, la plus irritable, et dont l'inflammation pardonne le moins, et cette séreuse est toujours lésée. Le raisonnement est donc d'accord avec l'expérience pour montrer tout le danger de l'opération.

Quand la tumeur, bien qu'irréductible, sera compatible avec l'existence, il faudra la faire rentrer dans le vagin, si elle est sortie, et l'y soutenir avec un pessaire, ce sera un moyen de calmer les accidents et de préparer peut-être une réduction éloignée. C'est le pessaire en cuvette qui paraît le plus convenable; le choix de cet instrument se règlera, d'ailleurs, sur les cas particuliers.

ARTICLE XII.

Pessaires.

Comme dans les déplacements de la matrice on n'a pas de prise directe sur le relâchement des liens, l'art s'est efforcé de suppléer aux moyens naturels de fixité par des soutiens mécaniques qui portent le nom de *Pessaires*. Tout corps plus ou moins solide placé à demeure dans le vagin à l'effet de restituer à l'utérus sa situation normale est donc un pessaire. La forme et la matière de cet instrument offrant de grandes variétés, on sent, pour s'y reconnaître, le besoin d'une classification. On pourrait adopter celle qui faisant des groupes basés sur les indications, rattacherait chacun d'eux aux cas où il est applicable; on dirait : pessaires pour l'abaissement de la matrice, pessaires pour l'antéversion, etc., mais au fond, c'est de la configuration de l'instrument que dépend sa convenance pour telle ou telle lésion, c'est elle qui en règle l'usage, et dès lors c'est là le meilleur principe de nomenclature, celui que nous suivrons.

Nous décrirons successivement le pessaire *annulaire*, l'*ovalaire*, l'*hémisphérique*, le *conique*, le *cylindrique*, en rapprochant de chacun de ces types ses modifications les plus importantes, et nous terminerons par ceux de M Hervez de Chégoin et par un court paragraphe intitulé *pessaires divers*, lesquels ne semblent guère avoir été inventés que pour donner à l'instrument toutes les formes imaginables, comme si leurs auteurs s'étaient plutôt proposé de trouver un moyen nouveau qu'un moyen utile.

§ 1. Pessaire annulaire.

C'est le pessaire à *gimblette;* c'est un anneau, un cercle. Il est ordinairement en caoutchouc. Son diamètre varie de 4 à 20 centimètres. Les principales modifications de ce pessaire portent sur la hauteur du cercle qui égale quelquefois le rayon (Tanchou) ou qui est si petite que l'instrument n'est plus qu'un anneau fortement aplati, un disque troué au centre comme les pessaires anglais, dont quelques-uns sont en même temps criblés sur le limbe autour de l'ouverture centrale, circulaire, elliptique ou lozangique; alors le pessaire est en buis ou en ivoire. Enfin en adaptant une tige à cet instrument on en fait le pessaire *en bilboquet*, qui figure un anneau supporté horizontalement par un manche bi ou trifurqué. Cette tige, plus ou moins longue et plus ou moins recourbée en avant, est percée à son extrémité inférieure d'un œil destiné à laisser passer trois cordons qui vont, deux par les aines et l'autre par la rainure fessière, gagner une ceinture.

Ces pessaires sont le plus souvent en caoutchouc ou en ivoire.

M. Mayor les construit en fil métallique, en fil de fer. Nous ne pouvons mieux faire que de donner le texte original, et sans le scinder, bien que diverses formes de pessaires s'y trouvent réunies. Comme il fait dériver ces formes les unes des autres, l'idée de l'auteur sera ainsi rendue plus saisissable; elle serait moins claire si nous eussions morcelé ce passage.

« ..... Le fil de fer se prête admirablement entre les mains des personnes de l'art à former la *carcasse* ou le *squelette de toute espèce de pessaire*. Le métal pouvant facilement être conduit, contourné, plié et replié, dans tous les sens et dans toutes les directions désirables, donnera d'abord le dessin et la forme de l'instrument; et cette figure solide pourra toujours recevoir toutes les modifications qu'on jugera nécessaires. Ainsi donc, l'anneau sera à volonté agrandi ou diminué; s'il est circulaire, on pourra le rendre plus ou moins ovale, et *vice versâ;* la forme ovale prendra de suite, sous les doigts, celle d'un cercle régulier. L'anneau tout simple a-t-il besoin d'une tige? On l'y fixera aisément, ou, si elle est réputée inutile, on la fera aussitôt disparaître; ou bien on lui donnera une longueur, une direction différente, etc. Tout pourra donc, je le répète, être fait, défait et corrigé sans aucune difficulté et au gré de chaque intéressé.

» On aura une idée assez précise de ce mode de faire et de la facilité qu'il offre, en se servant d'un bout de fil métallique, par exemple, du mandrin d'une sonde élastique; car, en croisant ses extrémités, comme pour faire un nœud simple, on aura par là un anneau quelconque, auquel on donnera, en serrant plus ou moins le nœud, un développement plus ou moins considérable.

» Si ce petit cercle métallique doit être le rudiment d'un pessaire simple, on se contentera d'entortiller, tout autour et en spirales, les restes des bouts du métal. Mais si l'on veut qu'il y ait une tige, on rapprochera ces mêmes bouts et on les tordra ensemble, afin de former un cordon au-dessus de l'anneau, et de donner, par ce moyen, à cette carcasse, la figure d'une *ombelle*. Veut-on que cette ombelle ait plus de deux rayons? on en ajustera un troisième en remontant vers l'anneau, et en contournant celui-ci avec un des bouts du fil, pour réunir ensuite ce dernier à la tige commune.

» Une fois donc que ce premier jet métallique sera admis, comme l'expression des besoins actuels, on garnira le métal de couches suffisantes de ouate de coton, et on recouvrira celui-ci de taffetas gommé. Pour ajuster la ouate et le taffetas, on en fera d'étroites bandelettes et on les appliquera autour du métal, de la manière que l'on enveloppe un doigt ou un membre avec une bande ordinaire; puis on passera sur le taffetas quelques points d'aiguille pour l'arrêter, le serrer mieux sur le coton, et faire disparaître les plis et les rugosités qu'il pourrait présenter.

» Le coton, comme substance molle et élastique, protégera les parties sexuelles contre l'action du corps métallique, et servira en même temps à faire revêtir, à la carcasse de métal, une forme plus analogue à l'usage auquel l'instrument est destiné. Cette action protectrice sera nécessairement en raison directe du volume

du coton, ou de la quantité de couches de ouate, et pourra donc être poussée fort loin, s'il est nécessaire. Cette réflexion doit s'appliquer, du reste, *à tous les autres objets analogues*; c'est-à-dire, que la résistance et la mollesse de ces corps peuvent toujours *être graduées à volonté.*

» On le voit donc, la confection d'un pareil instrument est aussi prompte que facile et peu dispendieuse; il est donné à tout individu, tant soit peu intelligent, de l'imiter et établir sans peine, et d'y apporter tous les changements qui seront jugés avantageux et convenables. Tout est si simple et si commode dans sa manutention, qu'elle deviendra, comme on dit, *populaire*, si du moins on entend par ce mot, en médecine, « *une chose indispensable ou simplement utile*, *mise à la portée de toutes les intelligences et de toutes les bourses.* »

» Je sais fort bien que cet arrangement ne sera pas du goût de tout le monde, qu'il sera trouvé un peu grossier, et qu'il subira, en des mains plus habiles, des modifications importantes; mais je tiens à ces données simples, d'abord parce que je les crois suffisantes, et que hors de là, le moyen pourrait cesser d'être vulgaire, et à la *disposition des masses*.

» A. *Pessaires annulaires simples* (j'appelle de ce nom ceux qui ne sont composés que d'un anneau). On les construit en nouant, par un nœud simple, les bouts d'un fil de fer, et en arrêtant ces fils, lorsque le petit cercle a la dimension requise. On le rend *rond* ou on le rend *ovale* à volonté.

» B. *Pessaires en ombelles*. Ils sont toujours pédiculés et se construisent par un premier nœud, comme les précédents; mais le cercle qui résulte de ce croisement des deux bouts de fils, sera, par chacun de ceux-ci, contourné en spirales, jusqu'à ce qu'ils se trouvent vis-à-vis l'un de l'autre et aux extrémités d'un même diamètre de l'anneau. On les rapprochera alors pour les tordre ensemble, et on donnera, à la tige qui résulte de ce rapprochement, une longueur convenable. Si au lieu de deux seuls rapports, lesquels suffisent le plus souvent, on veut en avoir trois, on remontera vers le cercle avec l'un des bouts du fil, et, après l'avoir contourné sur l'un des points de sa circonférence, on le réunira de nouveau à la tige commune. Dans le premier comme dans le second cas, on laisse à cette tige une longueur déterminée, et on lui donne telle direction qu'on juge nécessaire.

» C. *Pessaire en boule*. — Si l'on croit que des pessaires globuleux puissent être nécessaires dans certains renversements du vagin, ou dans les hernies vaginales, on aura soin du moins de les pédiculer; car ils résisteraient bien difficilement, sans tige et sans point d'appui extérieur. Et s'il peut être utile qu'il y ait, dans quelques cas, à sa partie supérieure, un espace vide pour y recevoir et loger le museau de tanche, afin qu'il ne soit pas blessé par l'instrument; quelques traits en demi-cercle et repliés vers le centre du globe, pour y former un léger enfoncement, puis ramenés vers un cordon commun, satisferont à ces besoins divers. » (Mayor, *Chirurg. simplifiée*, tome I.)

Dès 1770 Preunel avait imaginé un pessaire en fil métallique, bien simple et bien ingénieux. Cet instrument, qu'il a décrit et fait graver, a la figure d'un cône tronqué, composé d'anneaux successivement décroissants de la base au sommet. Ces anneaux de fil de fer mince et élastique, cèdent à la pression et reviennent à leur premier état, dès qu'ils cessent d'être comprimés. L'intérieur du cône est garnie d'un ruban de fil et l'extérieur d'une bandelette de cuir très-doux. De chaque côté de la base, sont attachés deux rubans qui servent à fixer le pessaire et à le retirer à volonté (Haller, *Disp. ch.*, tome III, page 551) N'est-ce pas séduisant et digne de M. Mayor, que Blegny, Gœlifz et Bouhin avaient aussi devancé dans la carrière? (Gerdy, *Traité des bandages*, tome II, page 73.)

§ 2. Pessaire ovalaire.

M. Mayor a déjà donné une idée de ce pessaire; il n'est primitivement qu'une simple modification de l'annulaire; c'est l'anneau allongé et aplati; mais il s'en est éloigné tellement dans quelques-unes de ses formes, qu'il méritait d'être classé à part. Il est bi-convexe,

concave sur sa face supérieure, convexe sur l'inférieure; il est simple ou à tige. M. Tanchou en a porté l'ouverture centrale à une de ses extrémités; cette ouverture est évidée en haut pour recevoir le col utérin. Ce pessaire a la figure d'un rein troué de part en part à un bout. Son auteur s'en sert pour la rétroversion et pour les hernies vésicales par le vagin. Cet instrument sera arc-bouté par une de ses extrémités contre la symphyse pubienne, et de l'autre recevant le col utérin dans l'ouverture dont il est percé, il repousse le col en arrière, ramène le fond en avant et présente contre la hernie vésicale une sorte de plancher qui s'oppose à sa reproduction. On se rend donc aisément compte de l'action de ce pessaire. N'aurait-il point l'inconvénient de se déplacer facilement?

§ 3. Pessaire hémisphérique.

C'est le pessaire à cuvette dans sa plus grande simplicité : un hémisphère creux, percé d'un trou central. Il y en a d'ovalaires (Marjolin). On conçoit, en effet, qu'un pessaire de n'importe quelle figure peut être creusé en cuvette; on l'a armé de tous les genres de tige que nous avons vus au pessaire annulaire. De plus, M. Marjolin en a imaginé un qui porte une tige à anse; Désormeaux a inventé un pessaire en champignon, à tige creuse par le canal de laquelle on pratique des injections. La tige de celui de Villermay se termine en bas par trois branches qui s'adaptent, deux aux plis des aines et l'autre à la rainure fessière : ces branches sont prolongées par autant de cordons qui se rendent à une ceinture. C'était donner à l'instrument une stabilité avantageuse en général, mais peut-être nuisible quelquefois, en ce qu'elle force l'utérus à participer à un grand nombre de mouvements.

§ 4. — Pessaire conique.

A ce type se rattachent certains pessaires en bilboquet très-profonds; celui en clochette de M. Récamier; lequel ressemble complétement à une sonnette de table, dont la tige serait percée d'un canal. Celui du professeur Chomel ressemble à un cartilage cricoïde armé en arrière et en bas d'une petite tige courbe.

§ 5. — Pessaire cylindrique.

Il ne mérite presque jamais parfaitement son nom, car il est en général un peu conique. C'est le pessaire *en bondon.* M. Cloquet l'a un peu recourbé d'avant en arrière et un peu aplati sur les deux faces opposées de cette courbure (*Pessaire élythroïde*).

§ 6. — Pessaires de M. Hervez de Chégoin.

Ce praticien avait à traiter une rétroversion de la matrice. Voici d'abord comment il arriva à l'idée de ces nouveaux pessaires; nous verrons ensuite comment il apprécie les autres moyens contentifs. «... L'examen que je fis de la matrice, après avoir ôté le pessaire, m'apprit que le corps de cet organe, dont la face postérieure était devenue inférieure et même un peu inclinée en devant, avait augmenté de volume, qu'il était sensible au toucher, et que le col, dont l'orifice touchait la partie antérieure du vagin, au-dessus du col de la vessie, était également tuméfié. J'aurais été surpris d'apprendre que l'excrétion de l'urine n'était nullement gênée, si je n'avais reconnu que le col de la matrice correspondait, non au col, mais au corps de la vessie.

» En parcourant la vagin avec le doigt, je fus frappé de la concavité du sacrum; elle était beaucoup plus profonde que chez les autres femmes. Cette remarque me donna aussitôt l'idée de l'indication principale à remplir pour s'opposer au renversement en arrière du corps de la matrice, contre lequel avaient échoué jusqu'ici tous les moyens employés. Je pensai qu'il fallait combler cette concavité insolite du sacrum, et qu'en ne permettant plus à la matrice de s'y loger, on obtiendrait le résultat qu'on cherchait depuis si longtemps. Il me sembla qu'une bouteille de gomme élastique du commerce, toute simple, assez grosse, assez bombée en arrière et terminée par un col qui, restant à l'entrée du vagin, l'empêcherait de chavirer, remplirait parfaitement cette indication et aurait le double avantage de soutenir la matrice en ne la touchant que par son corps, et de laisser l'orifice utérin parfaitement libre, sans le fatiguer par son contact avec un corps

étranger, comme cela a lieu dans les autres pessaires.

» Le succès a répondu à mes espérances. Les accidents ont disparu, et la malade a pu, peu de jours après, faire de longues courses à pied dans Paris, et plusieurs lieues dans la campagne. Elle peut rester debout depuis le matin jusqu'au soir. » (*Mém. de l'Acad. de méd.*, 1833.)

M. Hervez a attendu longtemps avant de publier ce fait, sachant que souvent, par un moyen qui ne doit pas être longtemps efficace, on suspend les douleurs, et que les femmes, par un empressement de satisfaction et de reconnaissance trop souvent de courte durée, proclament leur guérison et trompent le public et le médecin, en se trompant elles-mêmes.

Quand l'auteur écrivit son mémoire, il y avait deux ans que la malade portait le pessaire dont il est question; et comme rien n'est inutile à savoir dans une maladie qui cause ordinairement beaucoup d'ennuis et de désagréments à celui qui se charge de la guérir, M. Hervez fait connaître quelques circonstances qui se rattachent à cette observation; car il ne suffit pas de dire, j'ai mis un pessaire, et la malade est guérie. Voici les détails de ces circonstances, tels qu'ils sont donnés par l'auteur :

« Avant donc de réduire la matrice et d'appliquer le pessaire, quand je fus appelé, je m'attachai à dissiper le gonflement et la sensibilité dont elle était le siége, par des saignées locales, et en particulier par des ventouses scarifiées à la région lombaire, où elles paraissent avoir une efficacité spéciale. Quoique ce gonflement tienne à la rétroversion elle-même, et que le meilleur moyen de le faire disparaître, soit la réduction de la matrice, il était si marqué dans le cas présent, que j'ai cru devoir le prendre en considération, et ne pas suivre le précepte exclusif de M. Desormeaux qui conseille de toujours réduire, malgré cette complication.

» La réduction de la matrice est en général une chose facile dans la rétroversion, pendant son état de vacuité. Je dois dire cependant que dans le cas actuel j'ai éprouvé quelques difficultés, tant la bascule de l'organe était complète et sans doute par l'ancienneté de la position vicieuse qu'elle avait prise.

» Il ne faut pas croire non plus que depuis deux ans que la malade porte le pessaire, rien ne se soit dérangé, qu'il n'ait pas fallu faire quelques petites additions ou retranchements, qu'on soit en un mot arrivé tout d'un coup à la perfection. Je ne dirai pas non plus, qu'après l'usage persévérant de ce moyen pendant trente mois, la malade soit arrivée au point de s'en passer. Plusieurs fois, au contraire, elle a essayé de le retirer, et toujours la matrice est retombée. Une fois, après deux mois de séjour aux bains de mer et de l'emploi des douches extérieures et intérieures, elles crut pouvoir s'en dispenser, d'après le conseil du médecin qui la voyait alors. Elle ne fut pas huit jours à s'en repentir.

» Plusieurs fois, pendant que l'instrument était en place, les douleurs anciennes ont reparu, mais beaucoup moins vives. En en cherchant la cause, j'ai toujours reconnu que le pessaire s'était affaissé; un nouveau plus ferme les faisait disparaître. Comme signe particulier de la maladie, je dois indiquer les douleurs dans les *fesses*. C'est là surtout que la malade se plaignait. Ce signe cependant n'est pas exclusif; il appartient aussi à un autre état de la matrice dont il ne doit pas être question maintenant.

» Quelquefois la malade accusait un autre genre de douleurs; elles avaient leur siége en avant, derrière le pubis. Je n'en ai pas d'abord reconnu la cause. J'ai fini par apprendre qu'elles dépendaient de ce que le pessaire étant trop élevé produisait une antéversion de la matrice. Je diminuais sa hauteur, et les douleurs disparaissaient. Cette antéversion était si réelle, que le pessaire ôté il m'était impossible d'atteindre le corps de l'utérus en arrière. J'ai cru plusieurs fois que cet excès de bien était de bon augure et qu'il se réduisait à la position naturelle. J'ai toujours été trompé. Livrée à elle-même, la matrice retombait toujours dans l'extrême, et ne restait jamais dans le milieu, dans l'équilibre que je cherchais.

» Ce pessaire, comme les autres, entretient dans le vagin un écoulement qui a de l'odeur. La plus grande propreté, des

lotions intérieures par des injections sont indispensables. Mais j'ai été surpris qu'un corps si volumineux ne produisît ni gonflement, ni rougeur dans la vulve, à l'inspection de laquelle on ne se douterait pas de ce que le vagin renferme.

» Toutes les six semaines environ, ce pessaire a été changé parce qu'il s'était affaissé; mais il pourra à l'avenir être conservé plus longtemps, parce que je lui ai donné de la consistance en le remplissant avec un moule de liége bien léger, vide à son centre, pour conserver l'élasticité de la gomme.

» Je dois dire aussi que le col de la bouteille de gomme élastique qui s'engage dans l'orifice du vagin doit être de quelque solidité. C'est ainsi qu'il s'oppose au chavirement du pessaire, inconvénient attaché à ceux qui sont entièrement renfermés dans le vagin, à moins qu'ils ne soient d'un volume considérable, en tous sens; et alors ils gênent la vessie ou le rectum. Je donnais, dès le principe, de la solidité à la queue de l'instrument en la remplissant de laine ou de liége; maintenant c'est la prolongation du moule intérieur qui lui donne la résistance convenable.

» Mais un point qui mérite attention dans ce pessaire, c'est la position qu'il occupe dans le vagin et la liberté qu'il laisse au col de la matrice.

» Tous les pessaires employés jusqu'ici soutiennent la matrice en la touchant par son orifice qui devient l'aboutissant de tous les mouvements qui se passent au-dessus de lui, et se trouve ainsi exposé à une pression continuelle et à des frottements sans cesse renouvelés. Cet orifice est précisément la partie de l'utérus la plus délicate, la plus sensible, celle qu'on devrait le plus ménager. J'ai donc pensé que ce serait apporter une heureuse modification dans l'application des pessaires que de les disposer de manière à ce que l'orifice utérin restât constamment libre et ne supportât jamais le poids des organes placés dans l'abdomen. Cette liberté du col de la matrice offre encore un avantage sous le rapport de la fécondation : c'est que les femmes, qui ne peuvent concevoir par déviation de la matrice, peuvent devenir enceintes quand le col est ramené au centre du vagin par un moyen qui permet le rapprochement des sexes, en rétablissant une condition nécessaire à la conception. » (*Mém. de l'Acad. de méd.*, 1833.)

Ce pessaire n'est pas celui auquel M. Hervez s'est arrêté. Il ne l'emploie, dit-il, que pour les cas où il ne peut faire mieux, c'est-à-dire pour les femmes dont le sacrum est si concave qu'on est forcé de le combler par un corps volumineux. Mais ce volume même est un inconvénient grave : s'il rend l'instrument efficace, il le rend indispensable pour toujours, il en éternise l'usage. Il distend les parties et les empêche de prendre exclusivement sur elles-mêmes leur agencement normal. C'est un pessaire qui soutient la matrice, mais dès qu'il est enlevé, au lieu de conserver sa position, elle retombe plus bas avec plus de facilité que jamais. Aussi l'habile praticien y a-t-il substitué, dans la généralité des cas, un pessaire dont je donnerai une meilleure idée par une comparaison que par une description : c'est une espèce de cuiller peu profonde, presque plane, arrondie sur ses bords, et dont le manche est percé d'un œil à son extrémité pour recevoir les cordons destinés à fixer l'instrument. Les modifications qu'il a reçues portent à peu près uniquement sur sa partie large plus ou moins courbée transversalement pour embrasser le corps utérin dans une plus grande étendue. Un arc de cercle qui passe au-devant du col pour aller gagner les côtés de la cuiller, fait ressembler cette variété à un cône creux fortement échancré en avant. Ce pessaire est construit en ivoire ou en gomme élastique; il s'applique également à l'antéversion et à la rétroversion, et se place, dans les deux cas, en arrière du viscère qu'il doit redresser; dans la première, en prenant son point d'appui à l'union du corps et du col, sur la base du col, il ramène le museau de tanche en avant et le fond en arrière; dans la seconde, la cuiller s'adaptant au corps exclusivement, le relève, et en même temps restitue toute la matrice dans sa situation naturelle; en un mot, la matrice représente ici un levier que le pessaire fait basculer en agissant, non pas sur les extrémités, mais dans leur voisinage. Ce pes-

saire, qui partage un peu avec tous les autres l'inconvénient de se déranger assez aisément, obtient dans les mains de son inventeur des succès remarquables. Nous l'avons vu réussir contre une rétroversion chez une jeune dame qu'on avait vainement condamnée depuis trois mois à garder le repos sur une chaise longue; M. le professeur Marjolin recommande dans ses leçons le pessaire en cuiller de M. Hervez.

Le médecin de la maison de santé termine son mémoire par des réflexions pratiques trop importantes pour ne pas être consignées ici.

« Le pessaire en cercle, dit-il, ou mieux en cylindre échancré, m'a servi souvent depuis deux ans. J'ai été surpris des occasions assez nombreuses que j'ai rencontrées de l'employer pour des antéversions de la matrice chez des femmes jeunes, chez des filles, et même, parmi celles-ci, chez quelques-unes qui présentaient l'apparence de la virginité. On pense bien que dans ces derniers cas il a fallu longtemps avant de se décider à un pareil moyen, dont l'indication d'ailleurs est difficile à saisir par le simple exposé des symptômes dont la durée était très-longue déjà quand on est venu à l'examen qui devait lever les doutes. Depuis trois ans, deux filles de vingt-quatre à vingt-cinq ans souffraient d'un malaise pénible qui tient à ce dérangement de la matrice, de cette fatigue, de cette pesanteur qui les rend tristes, maussades, qui leur ôte toute espèce de goût pour les plaisirs de leur âge, quand je fus conduit à m'assurer de leur état. Toutes deux avaient une antéversion de l'utérus; toutes deux depuis six mois portent un tout petit pessaire cylindrique échancré; toutes deux viennent de faire un long voyage, l'une d'elles surtout, et les symptômes ont totalement disparu. Cette dernière a pris un embonpoint remarquable, et tient sa place au bal aussi bien qu'une autre.

» Cette antéversion peut être méconnue pendant longtemps, et il faut vraiment l'avoir observée bien souvent pour être convaincu qu'un malaise si grave puisse tenir à une déviation si légère. Il faut surtout avoir appliqué le remède pour savoir qu'on a rencontré juste. J'ai bien des fois hésité à croire qu'une inclinaison si médiocre en arrière du col de la matrice pouvait empêcher une femme de marcher, quand j'en voyais d'autres qui, avec la même disposition, n'éprouvaient rien de ce dont les autres se plaignaient si amèrement. Enfin, si l'on n'a pas soin d'examiner les malades debout, on peut rester bien longtemps dans l'ignorance sur la cause de leur mal.

» Ces déviations de la matrice en avant ou en arrière sont accompagnées presque toujours d'un abaissement plus ou moins grand de cet organe.

» J'insiste sur ce point, parce qu'il exige une hauteur variable dans la position cylindrique du pessaire. De cette seule condition souvent dépend tout le succès, et si elle nous échappe, on désespère d'arriver au but, tandis qu'on était près de le toucher.

» Le pessaire en bilboquet, celui de M. Désormeaux, en particulier, avec lequel il dit avoir maintenu dans une position convenable la matrice qui était en rétroversion, a été essayé chez la malade à laquelle j'ai placé un pessaire formé d'une bouteille de gomme élastique; mais il n'a pu soutenir l'organe que quelques instants. Bientôt le col s'est échappé de la cuvette, et la rétroversion s'est renouvelée: cette cuvette n'est point assez profonde; puis elle a l'inconvénient dont nous avons déjà parlé, d'être fermée par en bas et d'irriter l'orifice utérin.

» On s'imaginerait que ces pessaires à tige avec une cuvette doivent, en retenant le col de la matrice, s'opposer invinciblement à la rétroversion ou à l'antéversion; mais comme on les a essayés, on comprend trop tôt que le poids des organes placés au-dessus en faisant basculer l'utérus, ne tarde pas à ramener le déplacement, si l'instrument ne le soutient pas autrement que par le col. Quand même celui-ci n'abandonnerait pas facilement la cavité dans laquelle il est contenu, la déviation en arrière ou en avant pourrait encore s'opérer par le mouvement qu'on a appelé rétroflexion ou antéflexion; c'est-à-dire que le corps s'abaissant dans un sens ou dans l'autre, et le col ne changeant point de place, il se fait à l'union de l'un ou de l'autre une courbure qui

tend à ployer la matrice en deux. C'est à cet inconvénient que j'ai voulu remédier en augmentant l'épaisseur de la circonférence du pessaire en arrière. Jusqu'ici cette disposition m'a presque toujours réussi pour l'antéversion, en tournant vers le sacrum la partie large de la circonférence; une fois cependant la malade s'est mieux trouvée quand la partie large de l'instrument, et sa tige par conséquent, étaient tournées en avant. » (*Mémoires de l'Académie de médecine*, 1833.)

D'autres ont fendu le cylindre en trois à sa partie inférieure et en ont écarté en dehors les lanières de manière que l'instrument se tient sur elles comme sur un trépied dont il rappelle l'idée. Ces pieds divergents ont pour but de soutenir le pessaire autant par une pression latérale que par une pression directe. Celui de M. Amussat est un cône creux tronqué à son sommet.

§ 7. — Pessaires divers.

Ce sont ceux en 8 de chiffre de Birninghausen et de M. Capuron; en triangle, en cœur de carte à jouer, en pied de cheval, en fer à cheval, etc.; le pessaire en raquette de M. Mayor; celui en bouteille de M. Colombat. Voyez ce que nous en avons dit en parlant de ceux de M. Hervez.

§ 8. — Éponge.

Une éponge convenablement préparée pourra former un pessaire temporaire qui permettra d'attendre celui qu'on aura demandé au bandagiste, et qui même pourra suffire pour tout le temps du traitement.

Pour se servir de ce zoophyte on choisit celui dont la finesse, le volume et la forme s'accommodent le mieux à l'usage qu'on en veut faire. Il y a des éponges coniques excavées à leur base et qui n'exigeraient pour toute préparation que d'être nettoyées des coquillages et des corpuscules durs qui y adhèrent souvent. Dans la chute de l'utérus le col de ce viscère serait parfaitement reçu dans la cavité si molle de la base de cette éponge. En tout cas on peut la façonner de manière à lui faire figurer un pessaire quelconque. Il ne faut pas oublier surtout, si on l'emploie très-desséchée, qu'elle se dilate en s'imbibant des humidités du lieu, et qu'elle peut ainsi distendre violemment le vagin et gêner le cours des urines et des matières fécales; avant d'introduire une éponge, il faut la traverser d'un fil ciré afin de pouvoir la retirer plus facilement, la laver et la changer à volonté. On a conseillé de l'envelopper d'une chemise de toile fine ou de batiste pour l'empêcher d'offenser le vagin par les aspérités qu'elle présente toujours plus ou moins. Ne serait-il pas plus avantageux que cette chemise parfaitement close fût en tissu imperméable, en taffetas gommé, par exemple, ou revêtu d'une couche de caoutchouc? L'éponge, alors complétement inoffensive, ne s'imbibant point des humidités vaginales, conserverait son volume et sa propreté, et il suffirait pour la nettoyer de laver sa chemise. C'est une idée que nous soumettons aux praticiens. Dugès plaçait dans le centre de l'éponge un ressort qui lui servait de carcasse.

§ 9. — Fabrication des pessaires.

En général c'est le bandagiste qu'elle regarde; il ne saurait donc être ici question que des pessaires que le chirurgien peut avoir le besoin et la facilité d'improviser. Nous avons déjà parlé de ceux en fil métallique. Pour en faire un de liége Levret conseille le procédé suivant. On prend un morceau de liége aussi blanc que possible, sans être trop compacte, exempt de carie, de trous, de gerçures; on le dégrossit avec un instrument tranchant, et quand on lui a donné la forme qu'on désire, on adoucit les aspérités avec la lime, on le fait sécher au four, puis dans l'ouverture qu'on a pratiquée au centre, on passe un fil à l'une des extrémités duquel on adapte une épingle, une petite broche qui doit être placée en travers de l'ouverture, à l'autre extrémité on attache un corps pesant, un caillou, un morceau de plomb destiné à opérer la submersion du liége. Quand le pessaire est ainsi préparé on le plonge pendant une heure dans de la cire vierge liquéfiée au moyen d'un bain-marie qu'on a soin d'entretenir en ébullition. Au bout de ce temps on retire le pessaire avec des pinces, sans que l'épingle ni le caillou l'abandonnent et on le plonge sur-le-champ dans l'eau froide; quand il est bien re-

froidi, on coupe le fil pour ôter l'épingle et le caillou; on l'expose à un air sec jusqu'à ce qu'il soit bien essuyé. Alors on ajoute à la cire la dixième partie de son poids de beau gypse cristallisé (sulfate de chaux) bien net, nouvellement cuit, pulvérisé et passé au tamis de soie; on agite le mélange avec une spatule d'os ou d'ivoire, pour prévenir la précipitation du plâtre, et on plonge le pessaire dans ce bain autant de fois qu'il est nécessaire, pour le recouvrir uniformément d'une ligne ou environ d'épaisseur de cet enduit. (*Journal de médecine* par Roux, t. XXXI, p. 428.)

Cette fabrication semble compliquée, mais si l'on réfléchit qu'en province on peut ne pas trouver de pessaire, ou au moins celui qu'on désire, on comprendra que le procédé de Levret serait alors d'un grand secours. Il est vrai que le pessaire en fil métallique sera plus aisément improvisé.

§ 10. — Choix d'un pessaire.

Le choix d'un pessaire se règle sur deux points, la valeur réelle de l'instrument et sa convenance pour tel ou tel cas particulier. Jetons un coup d'œil général et comparatif sur les pessaires en posant leurs indications : lorsque la femme est molle ou excessivement maigre, que le vagin a été distendu par de nombreux accouchements ou qu'il a perdu son ressort, les pessaires annulaires glissent et s'échappent au moindre mouvement. Si, pour parer à cet inconvénient, on en exagère le volume ils gênent les excrétions urinaires et fécales, produisent de la douleur ; ils sont insupportables. Dans ces cas comme dans celui de la rupture du périnée, c'est le pessaire à tige qui est indiqué : un des meilleurs alors serait le pessaire à champignon de Désormeaux, surtout si on augmentait suffisamment la profondeur de la cuvette. Ceux en bilboquet, qui sont troués, présentent l'inconvénient observé par Morand : le col et le vagin envoient des végétations dans ses ouvertures, et ferment l'issue aux mucosités qui s'accumulent et se corrompent dans la cavité du pessaire. Nous préférerions donc ceux à cuvette profonde et dont la tige représente assez bien la douille d'un arrosoir dont l'évasement supérieur serait le pavillon : tige creuse par le canal de laquelle on pousse des injections. Il faut que la tige arrive à la vulve sans la dépasser; car alors elle gêne la femme, l'empêche de s'asseoir, etc. Dans les abaissements avec relâchement de la muqueuse vaginale, c'est au pessaire cylindrique qu'il faut recourir le plus souvent. Dans l'antéversion et la rétroversion, le pessaire ovalaire de M. Tanchou, ceux de M. Hervez de Chégoin, doivent être essayés, les derniers surtout. si le col utérin est malade. Nous terminerons en disant qu'on sera souvent obligé d'en essayer un grand nombre avant de tomber sur celui qui convient réellement, qui est supporté et maintient la réduction.

§ 11. — Application des pessaires.

Si cela n'est pas indispensable, il est convenable pour y procéder que la femme soit à jeun et que le rectum et la vessie soient vides. La situation du sujet est la même que pour la réduction d'une descente de l'utérus. On enduit le pessaire d'un corps gras ou mucilagineux; s'il est en anneau, on le saisit avec le pouce et le médius, le doigt indicateur embrassant une partie de la circonférence; s'il est à tige, c'est par elle qu'on le tient. Pour l'introduire l'opérateur se place au côté droit de la femme, écarte les lèvres de la vulve avec l'indicateur et le pouce de la main gauche; de la main droite il présente le pessaire horizontalement à l'orifice vulvaire, puis il l'enfonce en ayant soin de le pousser lentement de haut en bas et d'avant en arrière, en déprimant toujours la commissure postérieure de la vulve, jusqu'à ce que l'instrument ait pénétré dans le vagin. Le pessaire ayant alors ses faces parallèles à l'axe de ce canal, on le place de champ par un mouvement de bascule. Le doigt indicateur introduit dans l'ouverture centrale du pessaire, cherche à y ramener le col; lorsqu'il y est parvenu, il est convenable de retirer un peu le doigt et de lui faire parcourir le pourtour de l'instrument pour effacer les plis que le vagin pourrait former au-dessus ou au-dessous. Ce procédé, en général facile, est exempt de douleur.

Le pessaire placé, la femme doit garder

le lit pendant un jour ou deux en tenant le siége un peu élevé. Les premiers jours on prescrit des injections émollientes pour calmer l'irritation causée par la présence de ce corps étranger. Il est bon de prévenir les femmes des souffrances inséparables de cet état de phlogose afin qu'elles les supportent sans inquiétude. Ce malaise dissipé, on en vient aux injections d'eau froide, astringentes. On laisse ensuite la femme reprendre doucement ses habitudes en lui recommandant d'éviter soigneusement tout ce qui pourrait déranger le pessaire et reproduire le déplacement utérin.

Les pessaires à tige élastique peuvent s'introduire à peu près comme l'annulaire simple; mais on conçoit que ceux à tige inflexible doivent s'engager de prime abord parallèlement au vagin. Quant à la manière de les fixer elle est trop facile pour que nous y insistions. Mais il est une précaution qu'il ne faut jamais négliger quel que soit le pessaire que l'on emploie, c'est de l'assujettir par un lien quelconque pour le mettre à l'abri d'une chute imprévue qui pourrait en certaines circonstances causer au moins un grave désagrément.

§ 12.— Mode d'action des pessaires.

On croyait autrefois que pour soutenir l'utérus, les pessaires devaient prendre un point d'appui à la face interne des tubérosités ischiatiques ou sur le périnée. De là les formes variées qu'ils ont reçues. S'il en était ainsi, l'utérus se trouverait trop bas, et les pessaires avec leur hauteur ordinaire seraient inefficaces. Et puis chez les femmes qui ont le périnée déchiré, le pessaire se maintient cependant en place, parce que le vagin se resserrant au-dessous lui forme une sorte d'avance circulaire qu'il franchit quelquefois difficilement quand on en fait l'extraction. C'est ce qu'on observe particulièrement chez les jeunes et fortes femmes, qui n'ont pas eu beaucoup d'enfants et qui ont déjà fait un long usage du pessaire.

Accidents. Lorsque le pessaire est convenable et bien placé, et que la femme a soin d'en entretenir la propreté par des injections, elle peut le garder plusieurs mois sans l'ôter. Cependant malgré ces précautions, il arrive par fois que l'instrument contracte de l'odeur, qu'il se couvre d'incrustations, composées de mucus condensé et d'une sorte de dépôt calcaire, qui force à le changer plus souvent. Il n'est pas rare de rencontrer des femmes qui négligent les soins de propreté comme si elles oubliaient qu'elles portent un pessaire, ou qui en ayant détaché une partie, la tige, par exemple, ne s'occupent plus du reste. Et ce corps étranger ainsi abandonné ou serré des parties y devient la source d'accidents formidables. Rousset avait déjà rapporté l'histoire d'une femme qu'il croyait affectée d'inflammation de la matrice ou de la vessie et qui fut guérie par l'expulsion de quelques morceaux de liége putréfiés, débris d'un pessaire qu'elle portait depuis dix-huit ans. Ce cas fait-il plus d'honneur au médecin qu'à la malade? Comment Rousset ne s'était-il pas renseigné sur les antécédents de cette femme, comment n'avait-il pas eu recours au toucher qui n'eût pas laissé ainsi s'égarer son diagnostic?

Mittelhauser raconte que le 5 septembre 1712, une femme de la campagne vint consulter Hilscher pour une fistule recto-vaginale et une incontinence d'urine. Elle dit que depuis environ dix années, à la suite d'un travail des plus douloureux qui avait duré trois jours, elle était accouchée d'un enfant mort, et que trois jours après son accouchement il lui était survenu une incontinence d'urine. Pour remédier à cette incommodité une femme lui avait conseillé d'introduire dans le vagin une boule composée de linge et d'étoupe, recouverte de cire, moyen qui lui réussit bien pendant dix ans; mais ayant toujours laissé ce globe sans le retirer, il s'était incrusté de tartre, avait irrité et percé le vagin et pénétré dans le re tum. A dater de ce moment les fèces sortirent par la vulve, l'incontinence d'urine reparut comme auparavant. La sage-femme ne put extraire cette boule; la malade ne pouvant s'asseoir ni se reposer, vint trouver Hilscher, qui en fit l'extraction avec une tenette; il appliqua sur les lèvres de la plaie des sachets remplis de substances astringentes, cuites dans de la bière et guérit cette fistule. (Haller, *disput. chirurg.*, t. III, pag. 599.)

Bien que la guérison de la fistule vési-

co-vaginale par l'étoupe et la double guérison des deux fistules vagino-vésicale et vagino-rectale mettent en doute l'authenticité de l'observation, il est certain que c'est un exemple d'accidents graves produits par le trop long séjour d'un pessaire dans les parties sexuelles.

Nous avons parlé (article *corps étrangers du vagin*) d'un cas semblable avec cette différence cependant que le pessaire avait en même temps pénétré dans la vessie. Dupuytren brisa le pessaire avec une pince dont les mors introduits dans le cercle le brisèrent de dedans en dehors en s'écartant. Un fragment fut retiré par le rectum et l'autre par le vagin.

Le fait suivant offre des accidents semblables et combattus différemment :

Une villageoise des environs de Lagny, âgée de 55 ans, vint en 1808 consulter M. Janin pour une descente de matrice qui datait depuis longtemps. Ce chirurgien, après avoir réduit le viscère et placé, pour le soutenir, un pessaire d'ivoire en bilboquet, recommanda à la malade des soins de propreté et de l'appeler de temps en temps pour ôter l'instrument, le nettoyer et le replacer. Cette femme travaillait à la vigne et négligea ces conseils. Ce ne fut que 13 ans après, que vaincue par la douleur et la difficulté d'uriner et d'aller à la garde-robe, elle se décida à revoir M. Janin. Il trouva dans le rectum plus de la moitié du pavillon du pessaire. Les tentatives pour l'extraire par le vagin ou le rectum, ayant été infructueuses, Percy et M. Laroche furent consultés, et décidèrent l'agrandissement de la fistule pour sortir l'instrument par le vagin : opération qui fut douloureuse mais sans suite fâcheuse. L'ouverture de la cloison recto-vaginale se rétrécit au point de faire espérer une guérison complète. Le pessaire était incrusté de matière calcaire, sur la partie qui plongeait dans le rectum et sur la tige qui était voisine du méat urinaire. (*Bulletin de la Société médicale d'émulation*, 1822, p. 66.)

Dans ces deux circonstances à peu près analogues, combien Dupuytren ne se montra t-il pas supérieur à Percy?

Voici un autre cas aussi concluant et remarquable sous d'autres rapports. Il a été consigné par Morand, dans le t. III, p. 614 des *Mémoires de l'Académie de chirurgie* : « Une femme d'environ soixante ans me consulta sur un renversement du vagin pour lequel il lui fallait un pessaire; et après lui en avoir présenté de convenables pour la grandeur, elle me pria de lui en procurer un d'argent. Ce pessaire étant placé, je fus plusieurs années sans entendre parler de la personne incommodée, quoique je l'eusse prévenue de la nécessité de se faire examiner quelquefois. Elle souffrait depuis quelque temps et rendait par le vagin une matière de mauvaise odeur, lorsqu'elle m'envoya chercher. L'ayant touchée, je trouvai son pessaire environné d'excroissances fongueuses plus ou moins dures, et je décidai qu'il fallait l'ôter; mais je me trouvai fort embarrassé. Le pessaire semblait être attaché et comme fixé en plusieurs endroits, et je ne pus le retirer qu'avec quelque violence et en déchirant plusieurs de ces mamelons qui le retenaient.

» Lorsque j'eus retiré le pessaire, je fus fort étonné de le voir troué en plusieurs endroits, apparemment par l'effet des matières âcres qui exsudaient de la partie. Ces trous irréguliers étaient remplis par la membrane interne du vagin, qui envoyait dans le creux du pessaire des excroissances chaperonnées qui retenaient dans la cavité du pessaire une matière infecte. Les lambeaux de ces excroissances étaient encore aux ouvertures creusées dans le pessaire.

» Cette extraction fut suivie d'une légère hémorrhagie et de quelques douleurs qui cédaient aisément aux remèdes appropriés et aux injections par le moyen desquelles l'espèce de pourriture locale fut enlevée. Mais ce qu'il y a de fort singulier, c'est que l'arrachement que j'avais fait ayant produit dans le vagin une plaie à peu près circulaire, il en résulta une cicatrice de même forme qui laissa un étranglement capable de soutenir les parties dans leur état naturel, et la femme n'eut besoin depuis ce temps-là d'aucun pessaire. »

§ 13. — Extraction des pessaires.

L'extraction des pessaires offre quelquefois d'assez grandes difficultés, surtout

25.

pour les pessaires à anneau qui ont longtemps séjourné dans le vagin où ils se sont creusé une espèce de gouttière circulaire qui les emprisonne. D'autres fois les difficultés ne sont qu'apparentes et dépendent de la manière dont on procède. M. Moreau a vu échouer dans ces tentatives ou n'y réussir qu'au prix de beaucoup de douleur, des chirurgiens de mérite, quand le pessaire ne tenait pourtant que médiocrement. Quelques praticiens sont dans l'habitude d'introduire le doigt au centre du pessaire et de tirer directement à eux; d'autres passent un ruban dans l'ouverture, en réunissent les chefs et tirent dessus. Ces méthodes sont vicieuses; la dernière est même le plus souvent inapplicable; toutes deux ont de graves inconvénients, elles exposent à détruire par l'extraction de l'instrument les avantages qu'il a procurés ou même à augmenter le mal qu'il avait amendé ou guéri.

Pour extraire un pessaire on se laisse guider par les mêmes principes que pour son application. La femme placée dans la même position, on porte l'indicateur dans le vagin; on l'insinue entre cet organe et le pessaire dont il parcourt toute la circonférence, afin de détruire leur agencement. Quand on a vaincu cette résistance, on fait basculer le pessaire de manière à ce que l'aire du cercle soit parallèle au vagin et qu'il se présente à la vulve par un de ses segments. On introduit alors le doigt dans l'ouverture centrale et on extrait l'instrument comme avec un crochet. On lui fait suivre la direction que prend la tête du fœtus pour sortir du bassin.

Il faudra prescrire quelques jours de repos. En général, lorsque la femme est jeune et forte, que le vagin n'a pas de grandes dimensions, l'application d'un pessaire pendant huit à dix mois au plus suffit pour amener la guérison. Mais avec des dispositions contraires, la femme conserve bien plus longtemps et quelquefois toute sa vie cet assujettissement.

L'action du pessaire est quelquefois secondée par une ceinture élastique qui soutient les viscères et les empêche de peser sur l'utérus. Nous en avons vu chez M. Charrière qui sont, comme tout ce qui sort de ses mains, construits avec une rare perfection.

ARTICLE XIII.

Hernies de l'utérus.

Ces déplacements de l'utérus sont rares. Il est bien entendu qu'on ne confondra pas avec une véritable hernie ces écartements des muscles droits de l'abdomen, qui laissent tomber en avant l'utérus distendu par le produit de la conception. Ici l'utérus change de position parce qu'il n'est plus soutenu par la ligne blanche, laquelle a été éraillée ou excessivement distendue par des grossesses nombreuses et trop rapprochées les unes des autres. Dans la véritable hernie, au contraire, la matrice sort par un anneau normal ou un des conduits qui traversent une partie de l'enceinte abdominale.

On comprend facilement les hernies des ovaires. Voici une dissection et une opération qui prouvent d'une manière irrécusable l'existence de la hernie de cette partie de la matrice qui d'ailleurs n'est plus contestée :

« On a vu dans le cadavre d'une fille un des ovaires sorti par l'anneau inguinal. On dit aussi qu'une jeune femme vigoureuse et bien réglée avait à chaque aine une tumeur petite, molle, inégale, mobile, et formée de parties sorties par les anneaux et irréductibles; que ces tumeurs étaient sans inflammation, mais douloureuses, surtout lorsqu'elle se baissait, ce qui l'empêchait de travailler; qu'en conséquence, on se détermina à les opérer en incisant d'abord les téguments, puis un sac membraneux et mince qui contenait l'ovaire, qu'on coupa au-dessous d'une ligature faite autour de cette partie près de l'anneau; et qu'ensuite cette femme maigrit, devint plus forte, jouit d'une meilleure santé; que son sein s'affaissa, et qu'elle ne fut plus réglée. » (Chopart et Desault, *Malad. chirur.*, t. I, p. 305.)

Quand il sera question des maladies des ovaires en particulier, nous reviendrons sur cette observation, et nous en ajouterons d'autres.

Voici un autre fait extrait du même auteur qui prouve que le corps de la matrice

peut faire une véritable hernie, mais on verra par quel mécanisme ; on verra qu'il faut qu'un autre organe de l'abdomen précède la matrice dans sa chute :

« La matrice entraînée par un des ovaires ou des ligaments larges, par une portion d'intestin ou d'épiploon adhérente à son fond, ou par un sac herniaire, peut sortir par l'anneau inguinal. Nous en avons vu un exemple dans le cadavre d'une femme d'environ 50 ans, dont la matrice sortie presque en totalité avec la trompe et l'ovaire du côté gauche par l'anneau inguinal du même côté, était contenue sans adhérence dans un sac herniaire très-large ; était plus petite qu'elle ne l'est ordinairement, arrondie, allongée, plus étroite dans le détroit de l'anneau, pâle, flasque, et avait à son fond des lambeaux membraneux qui paraissaient résulter du détachement de l'épiploon. On peut connaître cette hernie à sa forme arrondie, à sa dureté, à l'élévation de l'orifice utérin entraîné vers la tumeur et tourné du côté opposé, et aux mouvements qu'il subit en la tirant à soi ou en la repoussant dans le ventre ; et la traiter comme les autres hernies. » (Chopart et Desault, *Malad. chirurg.*, t. I, p. 305.)

Il a été consigné dans les *Mémoires de la Société médicale d'émulation* (1) une observation de Lallement, elle concerne une femme qui mourut à la Salpêtrière, à l'âge de soixante et un ans. Elle avait une hernie inguinale droite. A l'ouverture du corps, on trouva dans un sac herniaire très-épais, la totalité de l'utérus avec la trompe et l'ovaire du côté droit, l'autre ovaire et sa trompe étaient appliqués contre la partie externe de l'anneau, etc. La matrice avait entraîné, déplacé le vagin qui était oblique, et aplatissait la vessie urinaire contre le pubis. En effet, la capacité du réservoir parut moins grande qu'à l'état normal. La partie supérieure du vagin et le col de l'utérus avaient également franchi l'anneau.

Ce chirurgien a encore rapporté, dans les *Bulletins de la Faculté de médecine* (2), un autre exemple de hernie crurale de l'utérus. C'était encore une blanchisseuse ; elle avait quatre-vingt-deux ans ; elle mourut en 1815. La hernie existait depuis quarante ans ; la matrice et avec elle les ovaires, les trompes, une partie même du vagin, une portion de l'épiploon et deux kystes, le tout était sorti de l'abdomen, en passant au-dessus de l'arcade crurale du côté droit.

(1) Troisième année, p. 323, in-8°. Paris an VIII.
(2) Tome V, p. 1 et suiv.

Ainsi voilà des faits qui prouvent contre l'opinion de quelques chirurgiens que l'utérus, dans l'état de vacuité, peut faire hernie à travers les ouvertures naturelles des parois abdominales. C'est certainement là une cause de stérilité, car un déplacement aussi considérable doit empêcher la fécondation. Cependant on ne devra pas être trop absolu. Nous citerons des faits exceptionnels. Ainsi Michel Doring rapporte, d'après Sennert (1), l'histoire de cette femme d'un tonnelier, qui voulant courber une branche verte pour en faire un cerceau, la laissa échapper ; la branche frappa l'aine de cette femme, et il survint, au bout de quelque temps, une tumeur d'abord peu considérable, mais qui se développa progressivement ; cinq ou six mois après, on put y percevoir les mouvements actifs d'un enfant. La grossesse arrivée à son terme, la femme ne put accoucher naturellement ; on eut recours à l'hystérotomie ; et on retira de la matrice ainsi déplacée un enfant vivant. Mais la mère succomba vingt-cinq jours après. Voici ce qu'ajoute Doring : « J'ay veu cet enfant âgé de deux ans, en la présente année 1612. Il étoit assés fort, mais un peu petit pour son âge et assés délié. Il auoit au droit de l'vn des yeux, tout au haut du front, une certaine cicatrice, qui lui venoit assurément d'une petite playe que l'on luy auoit fait en la section cæsarienne. »

Doring a encore communiqué à Fabrice de Hilden (2), ce fait tel qu'on va le lire : « Il y avoit une pauvre femme à Niesse (ville assez célèbre en Silésie), qui cohabita quinze ans avec son mari, et en eut neuf enfants : il arriva au premier accouchement qu'elle fut abandonnée de la sage-femme et des autres,

(1) Observ. chirurg. de G. Fabr. de Hilden ; obs. CI, p. 465. Genève, 1679.
(2) Observ. chirurg. de G. Fabr. de Hilden obs. C, 1, p. 465.

à cause de sa grande impatience et humeur chagrine, en sorte qu'elle accoucha sans aucune assistance : et quoyqu'elle reconnût qu'il luy étoit demeuré quelque incommodité dans le ventre, néanmoins elle accoucha de huit enfants de suite, heureusement et naturellement : mais un peu après cette incommodité qui luy était restée après le premier accouchement, elle sentit à diverse fois que quelque chose vouloit sortir hors du ventre vers l'aine gauche, qui étoit assés grosse : étant donc en pène, elle en parla premièrement à son mari, et par après à des autres femmes, qui luy conseillèrent d'attendre le secours de Dieu, mais cependant la tumeur augmenta de iour en iour, de sorte qu'elle ressembloit à vne vessie de bœuf pleine de vent, et vint à vne telle grosseur qu'elle descendoit jusqu'aux genoux : on reconnut après par des autres indices qu'il y avoit vn enfant vivant dedans : cependant elle enduroit de grandes douleurs, soit qu'elle fût assise ou couchée, étant obligée de remuer ce sac de côté et d'autre pour se soulager : or le temps de son âcouchement étant proche, le conseil de la ville en prit soin à cause de sa pauvreté, et la mit entre les mains de médecins, chirurgiens et habiles sages-femmes, qui, après une meure délibération, virent qu'il n'y avoit point d'apparence d'attendre vn âcouchement naturel, et qu'on ne pouuoit sauuer la mère et l'enfant que par l'ouverture de cette tumeur : on fit entendre à cette pauvre femme cette délibération, à laquelle elle se soumit volontiers, et après l'auoir mis en bonne disposition, on fit dissection de cette tumeur, de laquelle on tira avec beaucoup de pène l'enfant assez bien portant, lequel mourut demi an après, et la mère trois jours après la section, ayant enduré de grandes douleurs. »

Traitement. Dans la réduction de cette hernie il faudra toujours avoir présentes à l'esprit les règles du taxis.

« Quand arrive le terme de la grossesse, si on a affaire à une de ces éventrations qui résultent de la distension excessive de la ligne blanche et de l'écartement des muscles droits, pendant l'accouchement, on fait coucher la femme horizontalement sur le dos, et on repousse doucement l'utérus, en haut et en arrière pour en diminuer l'obliquité. L'accouchement, dans ce cas, se termine souvent d'une manière naturelle ; mais il est évident que si l'utérus était sorti par une ouverture circonscrite de la paroi abdominale, comme dans le cas rapporté par Sennert, on ne devrait ni tenter la réduction de la matrice, qui serait toujours impossible, ni espérer dans les forces de la nature, ni tenter de terminer l'accouchement par les voies naturelles, car l'ouverture abdominale ne pourrait guère avoir des dimensions suffisantes pour laisser passer l'enfant. Dans ce cas, si on ne pouvait pas réduire l'utérus dans les premiers temps de la grossesse, il serait, je crois, convenable de déterminer l'avortement en perçant les membranes, avant que le fœtus ait acquis des dimensions qui rendissent impossible sa sortie par l'ouverture abdominale ; et si on laissait arriver la grossesse à son terme, il ne resterait plus d'autre ressource que l'opération césarienne, qu'il faudrait pratiquer dès le début du travail. Cette opération exposerait la mère à de grands dangers, mais sauverait l'enfant. » (Vidal de Cassis, *Traité de pathologie externe*, t. v, pag. 91.) Nous avons rapporté un fait qui prouve ce qui est annoncé ici par M. Vidal.

ARTICLE XIV.

Hystéralgie ou névralgie utérine.

L'utérus, de même que tous les autres organes qui reçoivent des nerfs de l'appareil cérébro-rachidien, peut devenir le siége de douleurs variables par leur intensité, mais le plus souvent très-vives, sans que l'observation la plus attentive puisse faire découvrir aucune modification organique appréciable de la matrice à laquelle ces douleurs pourraient être rapportées. C'est à cette altération de la sensibilité utérine, justement assimilée aux affections névralgiques, qu'on a donné le nom d'*hystéralgie.* Cependant on se tromperait souvent, si on ne voulait admettre la nature névralgique des douleurs utérines, que lorsque ces douleurs existent indépendamment de toute lésion de tissu de l'utérus, car, dans beaucoup de cas, on les voit survenir dans le

cours des maladies organiques de cet organe, comme la métrite chronique, les divers engorgements, etc. Mais alors l'hystéralgie, dont la manifestation a sans doute été favorisée par la maladie antécédente, existe comme complication, quelquefois assez importante pour donner lieu à des indications spéciales dans le traitement de la maladie principale.

L'hystéralgie est caractérisée par des douleurs vives, aiguës, lancinantes, déchirantes, en un mot semblables en tout aux douleurs névralgiques des autres parties du corps ; comme ces dernières, elles sont irrégulières, intermittentes, assez souvent avec une périodicité plus ou moins manifeste ; elles se font sentir dans la région hypogastrique avec des irradiations dans les aines, les parties génitales externes, la région anale, etc. « Il est si vrai, dit M. le docteur Duparcque, que ces douleurs vives, aiguës, sont essentiellement névralgiques, que dans les cas où elles sont liées à quelque affection de l'utérus, elles ne sont pas en rapport d'intensité avec l'étendue ni avec la nature de ces affections. Dans certains cas, celles-ci semblent n'être que le résultat des douleurs et la suite de l'afflux sanguin et humoral qu'elles provoquent. Leur marche par accès plus ou moins réguliers, et le succès des antipériodiques viennent enfin prouver jusqu'à l'évidence leur nature essentiellement névralgique. » (*Maladies de la matrice*, t. 1er, p. 80.)

La névralgie utérine ne s'observe que durant l'existence de la vie sexuelle ; elle est surtout commune chez les femmes nerveuses et irritables. Toutes les causes capables d'exalter la sensibilité de l'utérus peuvent la faire naître pour la première fois ou en rappeler les accès, si déjà ils ont eu lieu. « Les jeunes personnes l'éprouvent souvent à l'époque de la puberté; chez beaucoup de femmes mariées elle accompagne chaque retour des règles, et remplace souvent le sentiment de volupté qui préside à l'acte conjugal, surtout quand celui-ci est trop souvent répété. » (P. Jolly. *Dict. de méd. et chir. prat.*, t. x, p. 274. »

Pour compléter la description que nous venons de faire de l'hystéralgie, nous croyons devoir rapporter un exemple de cette affection recueilli par M. Duparcque. « Madame R. C***, âgée de vingt-huit ans, accoucha heureusement dans les premiers jours d'octobre 1827 ; elle ne nourrit pas. Les menstrues se rétablirent après six semaines et reparurent régulièrement comme auparavant jusqu'au mois de février ; alors elles ne vinrent pas à l'époque ordinaire, mais après huit jours, l'écoulement parut, accompagné de douleurs extraordinaires, qui affectèrent principalement la région iliaque droite, d'où elles se propagèrent dans le bassin, et jusque dans la région iliaque opposée. Ces douleurs, au dire de la malade, se portèrent sur le fondement, comme dans le travail de l'enfantement; elles étaient vives, lancinantes, déchirantes, durèrent d'une à plusieurs minutes, ne laissant entre elles que de courts intervalles ; elles étaient accompagnées d'une anxiété inexprimable, et provoquaient du délire et des mouvements convulsifs. Ces phénomènes qui avaient paru dans la matinée, se calmèrent dans le milieu de la nuit ; madame C*** eut du sommeil, et le lendemain quand elle s'éveilla, elle ne ressentit plus des accidents de la veille qu'un peu de fatigue; elle se leva et se livra aux occupations ordinaires de son commerce et de son ménage; mais à midi les mêmes douleurs occupant le même siége, reparurent avec le même caractère, la même marche, la même durée que dans l'accès précédent. Depuis cette époque, les accès revinrent tous les jours aux mêmes heures ; les douleurs d'abord faibles et rares, augmentèrent graduellement de force et de fréquence ; dans leur intervalle, le sang continuait de couler, mais en petite quantité ; il paraissait avec bien plus d'abondance durant l'accès. Les émissions sanguines, le repos, les fomentations et cataplasmes émollients, les boissons adoucissantes, les lavements et les demi-bains furent mis en usage; mais loin de diminuer, les accès étaient parfois plus violents. M. le docteur Duparcque vit la malade, reconnut une névralgie utérine, une hystéralgie périodique régulière, et prescrivit huit grains de sulfate de quinine en quatre pilules, à prendre le lendemain, 15,

dans la matinée. Les douleurs ne revinrent pas à l'heure accoutumée ; quelques-unes parurent dans la soirée , mais elles étaient rares, légères, sourdes; quant au flux sanguin , il devint plus abondant , et fut le principal ou même le seul phénomène de l'accès qui devait se montrer.

» Le 16, même prescription ; non-seulement la malade éprouve le calme le plus parfait ; mais l'écoulement sanguin diminue sensiblement , et est complétement arrêté le 17. Six grains de sulfate de quinine. La maladie a définitivement disparu. » (*Nouvelle bibliothèque médicale*, juin , 1828.)

Dans quelques cas, la névralgie utérine semble liée au travail de la menstruation; elle se manifeste alors quelque temps avant l'époque des règles, et ne cesse qu'après l'accomplissement de cette fonction ; un fait de ce genre a été récemment observé à l'hôpital de la Charité dans le service de M. Fouquier; le voici : « Au n° 32, salle Sainte-Anne, est une femme âgée de 32 ans, cordonnière de profession , entrée à l'hôpital le 13 mars, se plaignant de douleurs dans la région iliaque. Cette femme a eu trois enfants ; elle est accouchée du dernier il y a 4 ans. Ces accouchements et leurs suites ont eu lieu sans accidents. Elle a toujours été bien réglée ; mais depuis six mois, sans cause connue, elle ressent pendant les sept ou huit jours qui précèdent l'apparition des règles, des douleurs vives dans la région iliaque droite, douleurs qui se propagent à l'aine et à la partie antérieure de la cuisse du côté correspondant. Ces douleurs cessent dès que l'écoulement des règles paraît. Il y a maintenant quatre jours qu'elle ressent ces douleurs ; voici, du reste, l'état qu'elle présente : État de maigreur assez prononcé ; point de fièvre ; appétit médiocre; langue naturelle, un peu de diarrhée depuis deux jours ; douleur vive dans la région iliaque, s'exaspérant par la plus légère pression. Cette douleur s'étend vers le bassin, à l'aine, à la fesse, à la partie supérieure et antérieure de la cuisse. On ne remarque d'ailleurs aucune rougeur ni aucun gonflement dans ces régions. Point d'écoulement par le vagin. 15 sangsues sur le siége principal de la douleur; tisane de riz gommée.

Le 15, la diarrhée a cessé ; les règles ont paru dans la nuit du 15 au 16.

Le 16, les douleurs avaient diminué, mais elles paraissaient en même temps s'être un peu étendues et se propager jusque dans la vessie. La douleur était en effet exaspérée pendant l'émission des urines.

Le 17 les douleurs diminuaient sensiblement.

Le 18, elles étaient entièrement dissipées, et ne se sont plus fait sentir jusqu'au 22, époque où la malade est sortie de l'hôpital. (*Gazette des Hôpitaux*, 11 avril 1843.)

L'hystéralgie doit être combattue par les moyens qu'on oppose d'ordinaire aux névralgies en général. Les rapports sexuels ayant pour effet de provoquer l'apparition des douleurs ou de les exaspérer, doivent être évités ; on conseille l'usage des bains tièdes, des demi-bains émollients, dont on augmente l'action calmante par l'addition d'amidon ou de gélatine. On pratique des injections avec la décoction des plantes narcotiques , comme la jusquiame , la morelle , la belladone additionnée de quelques gouttes de laudanum.

On prescrit des frictions sur l'hypogastre avec des liniments camphrés et opiacés. A l'intérieur on administre les anti-spasmodiques, tels que l'asa fœtida , les pilules de Méglin , l'opium , etc. Lorsque la névralgie utérine affecte une marche périodique , il faut aussitôt l'attaquer par le sulfate de quinine qui produit alors les meilleurs effets ; enfin quand l'hystéralgie existe en même temps qu'une affection organique de l'utérus , on emploie contre cette dernière un traitement approprié, auquel on combine les agents propres à faire cesser la névralgie intercurrente.

Lorsque les douleurs névralgiques coïncident avec une menstruation difficile, on se trouve bien de prescrire une ou plusieurs applications de sangsues dans le point le plus rapproché du siége de l'affection.

ARTICLE XV.

Métrorrhagie.

Pour désigner les hémorrhagies de l'utérus, les auteurs emploient comme synonymes les noms de : métrorrhagie, ménorrhagie, métro-hémorrhagie, pertes rouges, pertes utérines, règles immodérées, etc. On doit considérer comme le résultat d'une action morbide, 1° toute hémorrhagie utérine survenant à une époque distincte de celles que la nature a dévolues aux hémorrhagies fonctionnelles normales, c'est-à-dire, le temps des règles et de l'écoulement lochial après l'accouchement; 2° toute hémorrhagie utérine dont le développement coïncide avec les époques sus-indiquées, mais qui par son intensité ou sa durée insolites depasse les limites de la menstruation, de l'hémorrhagie puerpérale régulière.

La menstruation pouvant, sans franchir l'état physiologique, présenter de très-grandes variations sous le rapport de la durée et de l'intensité du flux sanguin normal, non-seulement chez différents sujets, mais encore chez la même femme, « cette circonstance fait qu'il est quelquefois impossible de poser les limites qui séparent l'état de santé, dans lequel tous les phénomènes s'accomplissent avec une grande activité, de l'état de maladie modéré; cela importe peu du reste au médecin, car, dans tous les cas, les phénomènes ne pouvant varier que du plus au moins, leur nature est la même, quel que soit leur degré d'intensité. Dès qu'il s'agit de recourir à des moyens thérapeutiques, soit pour réprimer l'état physiologique qui menace de dépasser les limites habituelles, soit pour diminuer l'intensité des accidents devenus alors évidemment anomaux par la violence ou l'irrégularité de certains de leurs phénomènes, c'est toujours dans la nature même de l'état morbide et dans l'appréciation des phénomènes qui s'y rattachent que se trouve la source des indications rationnelles.» (Gendrin, *Traité philosophique de Médecine Pratique*, t. II, p. 87.) Il existe néanmoins dans la plupart des cas des signes capables de faire reconnaître qu'un flux sanguin doit être rapporté à la métrorrhagie. Nous les indiquerons en parlant du diagnostic.

Les conditions spéciales d'organisation et de vitalité dans lesquelles se trouve l'utérus chargé du produit de la conception, influant d'une manière puissante sur la production des hémorrhagies utérines, sur le mode de leur développement et sur les indications qu'elles présentent, pour apprécier exactement le mode de formation de la métrorrhagie puerpérale il convient d'étudier avec détail : toutes les transformations que la matrice éprouve pendant la gestation ; le développement de l'appareil vasculaire propre au placenta ; enfin les connexions de la circulation utérine et placentaire. Il résulte de cela que l'histoire de la métrorrhagie puerpérale ne peut être séparée de celle de la grossesse, de l'avortement, de la délivrance et de l'accouchement, aussi croyons-nous ne pas devoir en parler dans ce chapitre exclusivement consacré à la métrorrhagie dans l'état de vacuité. (*Voyez* pour la métrorrhagie puerpérale le *Traité d'accouchement de la Bibliothèque du Médecin Praticien.*)

Causes prédisposantes. La métrorrhagie est loin de se manifester avec une égale fréquence à toutes les époques de la vie des femmes. On ne la voit que rarement survenir chez les filles impubères ; cependant les auteurs en rapportent quelques exemples, entre autres Lamotte qui l'a observée chez une petite fille de sept ans (*Traité d'acc.*, t. II, p. 358). Cette maladie est un peu plus commune après l'époque critique qu'avant la puberté ; on l'a même observée chez des femmes d'un âge très-avancé en l'absence de toute altération organique de la matrice, mais en principe général on peut établir que la métrorrhagie est une maladie des femmes pubères ; elle se montre surtout avec une fréquence extrême au commencement de la menstruation et vers l'époque de la ménopause. Selon M. Gendrin les femmes y sont aussi spécialement prédisposées vers le milieu de l'intervalle de la puberté à l'âge critique (*loc. cit.*, t. II, p. 95). On a remarqué en outre que les femmes dont les règles sont habituellement abondantes ou qui ont eu de fréquents accouchements, surtout s'ils se

sont succédé dans un court espace de temps, sont très-exposées à la métrorrhagie; il en est encore ainsi pour les femmes qui ont été antérieurement affectées de cette maladie un certain nombre de fois, et on peut même dire que la prédisposition que fait naître dans une partie l'existence antécédente de congestions hémorrhagiques est plus prononcée pour l'utérus que pour tous les autres organes.

Si à ce qui précède on ajoute ce fait que l'invasion de la métrorrhagie coïncide dans l'immense majorité des cas avec les époques correspondantes des règles, on devra conclure que le travail de la menstruation est une des conditions prédisposantes les plus énergiques des métrorrhagies; en effet depuis l'évolution de la puberté jusqu'à la ménopause, l'utérus pourvu d'un système vasculaire très-étendu, est normalement et périodiquement le siége d'une congestion et d'une exhalation sanguines; or ces conditions de l'état physiologique sont absolument identiques, à l'intensité près, avec celles qui constituent l'hémorrhagie pathologique, et on conçoit que le plus léger excitant, que la plus minime cause occasionnelle pourra suffire pour transformer l'hémorrhagie normale en une véritable métrorrhagie; aussi observe-t-on qu'à l'époque des règles cette maladie survient sous l'influence de causes qui seraient demeurées impuissantes à tout autre moment.

Le tempérament sanguin, un état de pléthore habituel prédisposent les femmes à la métrorrhagie; on observe encore une très-grande aptitude à cette maladie chez les femmes douées d'une extrême susceptibilité nerveuse, surtout quand elle est liée, comme cela arrive le plus souvent, à une constitution lymphatique dans laquelle, par la laxité de tous les tissus, les vaisseaux et toutes les bouches exhalantes sont très-facilement perméables. Notons aussi comme une prédisposition marquée aux hémorrhagies utérines, l'excès de sensibilité de l'appareil génital, soit dépendant d'une organisation primitive, soit comme résultat d'influences hygiéniques mal dirigées.

« La prédisposition aux métro-hémorrhagies est quelquefois héréditaire : elle se rattache souvent alors aux conditions physiologiques de tempérament et de constitution que nous venons d'indiquer; mais dans beaucoup de cas elle est indépendante de toute condition physiologique appréciable, elle ne se décèle que par ses effets, sans se caractériser primitivement par aucun signe accessible à l'observation clinique. Ainsi il n'est pas très-rare que l'hémorrhagie menstruelle, tant pour sa manifestation normale que pour ses dérangements aux différentes époques de la vie, se comporte de la même manière chez toutes les femmes qui proviennent d'une origine commune.

» Cette conformité de toutes les circonstances de la menstruation chez toutes les femmes d'une même famille est surtout tranchée pour l'aptitude à la conversion des hémorrhagies cataméniales en de véritables pertes de sang pathologiques; l'influence de la prédisposition héréditaire aux hémorrhagies utérines se montre même pour la production des métro-hémorrhagies des filles impubères; nous connaissons une famille dans laquelle toutes les filles ont été atteintes dans trois générations d'hémorrhagies utérines, revenant irrégulièrement dès l'âge de six à huit ans. Une seule de ces filles en a été exempte, mais elle a eu des épistaxis fréquentes qui n'ont cessé que deux ans après l'établissement des règles, arrivé à seize ans. » (Gendrin, *loc. cit.*, t. II, p. 112.)

Indépendamment des causes prédisposantes que nous venons de signaler et qui tiennent à la manière d'être de la femme, il en est d'autres qui résultent de l'action des influences hygiéniques sur elle, ce sont toutes les circonstances capables de surexciter la circulation générale et de provoquer des fluxions sanguines vers l'utérus. Telle est la connexion de la métrorrhagie avec la menstruation; nous retrouvons ici comme conditions prédisposantes aux pertes utérines toutes les causes qui rendent les règles plus abondantes: une chaleur atmosphérique élevée, le séjour habituel dans des lieux chauffés artificiellement, l'usage immodéré des chaufferettes, disposent à la métrorrhagie. Cette affection est surtout fré-

quente chez les femmes qui émigrent d'une contrée froide dans une autre dont la température est plus forte ; selon l'assertion de Blumenbach , la plupart des Européennes transportées en Guinée , y périssent par des hémorrhagies utérines (*De gener. hum. variet.*, p. 129). Le défaut de pression atmosphérique qui résulte de l'habitation sur des montagnes élevées a été indiqué comme favorisant les pertes utérines; l'action de cette cause prédisposante est démontrée par les faits observés par Saucerotte. « Les femmes , dit-il , qui habitent sur des lieux élevés et qui sont, par conséquent, soumises à une pression atmosphérique moindre, ont un flux menstruel très-abondant. Les effets de cette cause sont très-reconnaissables au grand nombre de métrorrhagies qu'on observe chez celles qui habitent les points les plus élevés des Vosges, et par les bons effets qu'on obtient pour prévenir ces hémorrhagies , et les avortements qui en sont la conséquence , en faisant descendre ces femmes dans les vallées. » (*Mélanges de chirurgie* , p. 25.)

Dans beaucoup de cas l'aptitude aux métrorrhagies a été la conséquence d'une alimentation trop stimulante, de l'habitude des boissons spiritueuses, du café et surtout de l'usage de substances qui exercent sur l'utérus une action directe , comme les aliments aphrodisiaques ou les médicaments emménagogues. Les bains chauds prolongés ou trop fréquemment répétés font aussi naître la prédisposition métrorrhagique; selon Timoni, les pertes utérines sont très-communes chez les femmes de l'Orient qui , comme on sait, abusent des bains chauds (*Dissert.* sur les bains orientaux). La fatigue , les marches forcées, l'habitude de l'équitation, la station verticale , la compression du corps et surtout de la région abdominale par certains vêtements sont autant de circonstances qui rendent les femmes sujettes aux pertes de sang. Nous devons encore citer, avec une mention spéciale , l'excitation habituelle des organes génitaux par des lectures, des pensées ou des conversations érotiques , par l'abus du coït, l'onanisme; comme preuve de la puissances de ces causes, nous trouvons que la métrorrhagie figure pour un bon nombre de cas dans la statistique des maladies des prostituées, ainsi qu'il résulte des recherches de Parent Duchâtelet (*De la prostit.* dans la ville de Paris). Selon M. Gendrin l'onanisme est la cause provocatrice la plus ordinaire de la métrorrhagie des filles impubères.

Au nombre des conditions qui favorisent le développement de la métrorrhagie, faut-il placer certaines constitutions médicales? Il paraît démontré que les pertes utérines ont été observées avec une fréquence insolite à plusieurs époques , sans qu'on ait pu reconnaître d'autres causes à ces hémorrhagies qu'une influence dépendant de la constitution atmosphérique; souvent même alors la métrorrhagie se montre avec des caractères spéciaux. Pendant le printemps de 1778, Stoll a observé à Vienne, que les règles des femmes au lieu de ne durer que quelques jours , comme d'ordinaire, se prolongeaient davantage et jusqu'à plusieurs semaines ; que chez les femmes enceintes l'avortement était souvent déterminé par des pertes qui se manifestaient à l'époque précise où les règles avaient coutume de venir avant la grossesse. Ces hémorrhagies utérines étaient surtout avantageusement combattues par le vomissement à l'aide de l'ipécacuanha après la saignée (*Trait. de méd. prat*). Double rapporte, d'après le docteur Fuster, que les pertes utérines furent fréquentes dans les trois derniers mois de l'an XI, et qu'elles ne présentèrent point , en général , le caractère inflammatoire. Dans cette épidémie le traitement qui compta le plus de succès fut l'opium uni aux fortifiants, et principalement au quinquina , ainsi que les astringents minéraux (*Journal général* , t. 18, p. 159).

Causes déterminantes. Après avoir signalé les diverses conditions qui modifient l'organisme des femmes de manière à les prédisposer aux métrorrhagies, nous devons indiquer les causes plus spécialement désignées sous le nom d'*occasionnelles* , parce que leur action, plus instantanée que celle des causes prédisposantes, provoque plus immédiatement l'apparition de la maladie Mais il ne faut pas perdre de vue, quand on veut apprécier la puissance des causes occasionnelles dans la production

des hémorrhagies utérines, qu'elles ne manifestent leur action que sur des sujets prédisposés; car on voit tous les jours les plus actives de ces causes demeurer sans effet, dans les cas où il n'y a aucune tendance aux congestions utérines, et d'autres fois la métrorrhagie se manifester en l'absence de toute cause déterminante; il est à noter que dans ce dernier cas, l'invasion de l'hémorrhagie utérine coïncide presque toujours avec l'époque des règles, comme si la prédisposition avait besoin pour produire la maladie, de l'effort cataménial; tandis que la métrorrhagie qui survient accidentellement dans l'intervalle des règles, résulte le plus souvent de l'action d'une cause occasionnelle énergique. Les causes déterminantes dont on a le plus souvent observé les effets sont: l'exercice immodéré du coït; c'est à cette cause qu'on doit attribuer la fréquence des pertes chez les jeunes mariées; les commotions morales vives, comme la colère, la terreur, un excès de joie, etc.; les exercices musculaires violents, la course, le saut, la danse, l'équitation, le cahotement d'une voiture dure; les chutes sur les pieds, le siége; les coups sur le ventre ou sur le bassin; les efforts de toux, de vomissement, d'éternuement; mentionnons encore les injections vaginales chaudes ou irritantes, la cautérisation du col utérin ou l'application de sangsues sur cet organe, l'application d'un pessaire, les bains de siége chauds, l'action des sinapismes sur les extrémités inférieures, etc., etc.

Une des causes les plus fréquentes de la métrorrhagie consiste dans la pratique de manœuvres directes faites sur l'utérus dans le but de provoquer un avortement. C'est à cette cause autant qu'à l'abus du coït que l'on doit attribuer la fréquence des pertes chez les prostituées, et c'est à elle que l'on doit songer toutes les fois que l'on observe une métrorrhagie chez une jeune fille pubère bien constituée, et qui n'a pas été soumise à l'action d'une autre cause occasionnelle évidente.

Quelque énergique et nstantanée que soit l'action des causes occasionnelles, il est rare qu'elle ait pour effet la manifestation immédiate de la métrorrhagie, à moins que l'utérus ne soit déjà le siége d'une exhalation sanguine normale, comme au temps des règles ou des lochies; le plus ordinairement il s'écoule un ou plusieurs jours jusqu'à l'apparition de la perte.

Dans un très-grand nombre de cas la métrorrhagie n'est qu'un phénomène symptomatique; son existence est alors liée à celle de la maladie qui la produit. Nous nous arrêterons peu sur ces sortes de métrorrhagies symptomatiques, leur histoire se rattache si intimement à celle des affections dont elles dépendent qu'elle ne peut en être séparée. Les maladies qui occasionnent les pertes utérines, et qui pour cette raison en ont été considérées comme les causes pathologiques sont: les plaies, les déchirures, les phlegmasies aiguës ou chroniques du corps et du col de la matrice, les inflammations aiguës ou chroniques des ovaires et des trompes, les corps fibreux, les polypes et les carcinômes utérins; les déplacements de la matrice, les tumeurs de l'ovaire assez volumineuses pour comprimer les vaisseaux hypogastriques ou iliaques.

La métrorrhagie symptomatique est aussi quelquefois déterminée par des affections, dont le siége a lieu dans des organes plus ou moins éloignés de l'utérus et de ses annexes; telles sont les lésions qui produisent une gêne habituelle de la respiration, comme les emphysèmes pulmonaires, les bronchites chroniques, les obstacles à la circulation dans les principaux troncs vasculaires ou aux orifices du cœur. Telles sont encore les maladies qui prédisposent aux hémorrhagies en général, par les modifications qu'elles font naître dans la plasticité du sang, comme le typhus, le scorbut, la chlorose, etc. (Gendrin, *loc. cit.*). On a encore lieu d'observer les pertes utérines dans le cours de certaines maladies aiguës qui ont pour effet de modifier puissamment la circulation abdominale et spécialement la circulation de la veine-porte; comme les hépatites, les fièvres continues, les flux bilieux, etc. C. Strack rangeait au nombre des causes pathologiques les plus énergiques de la métrorrhagie, les affections gastriques et bilieuses (*Obs. med. de una præ cæteris causa, propter quam sanguis fœminarum utero nimis*

prosilit; in-8o. Berolini, 1794). Selon Van der Basch, les pertes utérines ont été souvent déterminées par la présence des vers dans les voies digestives (*Hist. constit. epid. verm.*, p. 104). D'autres fois on les a vues succéder à une irritation des mamelles ou à la succion de ces glandes par un enfant. Dans quelques cas la métrorrhagie prend la forme intermittente de l'affection à laquelle elle se rattache. Une femme atteinte d'une fièvre intermittente perdait du sang par l'utérus à chaque paroxisme fébrile; le quinquina seul put guérir cette hémorrhagie au sixième accès (*Journ. génér. de méd.*, 1815. *Obs. de* M. Rouiller). M. le docteur Brierre de Boismont rapporte un fait analogue, observé par M. Fouquier; deux saignées et des astringents avaient échoué, le quinquina guérit (*De la menstruation*, etc. p. 398).

Quelquefois des hémorrhagies utérines plus ou moins abondantes se manifestent vers la fin d'une maladie aiguë; presque toujours alors leur apparition coïncide avec la cessation ou tout au moins avec un amendement notable des symptômes. Ces métrorrhagies qui paraissent être le résultat d'un effort salutaire de la nature médicatrice, ont reçu le nom de *critiques*, parce qu'elles semblent juger la maladie Hippocrate rapporte l'histoire d'une pneumonie qui se jugea le quatrième jour par l'apparition de règles abondantes (*Epid.*, *lib.* 7, *edact. foësio*, p. 1235). Huxham a vu la métrorrhagie se produire comme crise dans la fièvre typhoïde (*Op.*, t. II, p. 49). Strack cite un cas d'aliénation guérie par une hémorrhagie utérine critique.

Symptômes. La métrorrhagie est presque constamment précédée par des phénomènes avant-coureurs qui annoncent l'existence d'une congestion utérine. « Les symptômes précurseurs de la métrorrhagie sont quelquefois bornés à quelque malaise, à quelques coliques comme dans la menstruation ordinaire. Plus souvent l'issue du sang est annoncée par le développement d'un plus ou moins grand nombre des phénomènes suivants : gonflement des mamelles, tension des hypocondres, sentiment de plénitude, de pesanteur, de chaleur, de douleur dans la région sacrée et hypogastrique, constipation, lassitudes générales, fréquence et vivacité du pouls; puis pâleur de la face, refroidissements des membres; horripilation, resserrement de la surface du corps, ardeur et prurit des parties génitales. » (Désormeaux, et P. Dubois. *Répert. génér. des sciences méd.*, t. XIX, p. 638.) Chez les femmes douées d'une très-grande susceptibilité, il peut survenir comme épiphénomènes nerveux, variables, des crampes dans les membres, de l'anxiété épigastrique, des mouvements spasmodiques, des symptômes hystériformes, des nausées, des vomissements, des palpitations, des vertiges, des lipothymies, etc. Toutefois, il peut se faire que les prodrômes dont il vient d'être parlé manquent; cela arrive quand la sortie du sang succède immédiatement à l'action d'une cause occasionnelle énergique, qui presque toujours alors agit vers l'époque des règles ou lorsqu'elles ont déjà commencé. En général l'intensité des phénomènes précurseurs est proportionnée à celle de l'hémorrhagie qui doit survenir; leur durée est variable; ils se manifestent du moment où une cause quelconque a fluxionné l'utérus, et se prolongent en augmentant d'intensité jusqu'à l'apparition du sang par la vulve; et comme le plus ordinairement l'invasion de l'hémorrhagie ne se fait qu'à l'époque des menstrues, il en résulte que « la durée des prodrômes de la métro-hémorrhagie est alors mesurée par tout l'intervalle qui reste encore à parcourir jusqu'à l'époque de la prochaine apparition normale des règles. Il est néanmoins assez fréquent que cette époque soit alors avancée de plusieurs jours, et que quelquefois aussi une légère hémorrhagie utérine se déclare en même temps que les prodômes, et persiste en restant très-modérée jusqu'au moment de l'époque menstruelle où elle prend tout d'un coup une intensité insolite. » (Gendrin, *loc. cit.*, t. II, p. 91.)

Lorsque la métrorrhagie ne coïncide pas avec l'époque des règles, l'apparition du sang par la vulve suffit pour en marquer l'invasion; mais quand au contraire la métrorrhagie se manifeste pendant le cours de l'hémorrhagie menstruelle, ce qui est de beaucoup plus ordinaire, il est

difficile de préciser le moment où l'hémorrhagie physiologique devient morbide. Ce qui caractérise la métrorrhagie dans ce cas, c'est l'augmentation rapide de l'écoulement sanguin, ou bien sa persistance au delà du temps de la durée ordinaire des règles. « L'invasion de la métro-hémorrhagie une fois établie, les accidents varient dans leur intensité et leur succession. Tantôt ils suivent une marche aiguë, augmentant ou au moins persistant avec intensité, jusqu'à leur terminaison ; tantôt ils ne conservent leur intensité et leur marche rapide que pendant quelques jours, et quelquefois même seulement durant quelques heures, pour persister ensuite d'une manière chronique avec une intensité modérée pendant un temps plus ou moins long ; tantôt l'hémorrhagie utérine se montre dès son début avec peu d'abondance, et ne détermine que des symptômes très-peu prononcés. Enfin il n'est pas rare que la métro-hémorrhagie participe à la fois et pendant toute sa durée de la forme aiguë et de la forme chronique, en passant par intervalles de l'une à l'autre. Ces différentes modifications dans les phénomènes morbides, sont presque toujours assez facilement expliquées par les diverses causes qui agissent sur les malades à l'origine et durant le cours de la métro-hémorrhagie. » (Gendrin, *loc. cit.*, t. II, p. 95).

Souvent il arrive que les douleurs lombaires et hypogastriques, ainsi que les autres malaises précurseurs de la métrorrhagie, cessent aussitôt que le sang a coulé par la vulve ; cela a lieu surtout quand la perte de sang est abondante dès le début ; d'autres fois ils persistent encore pendant les deux ou trois premiers jours, après quoi ils diminuent de plus en plus pour disparaître tout à fait : enfin dans quelques cas ils peuvent se maintenir pendant toute la durée de l'hémorrhagie utérine et même persévérer après sa cessation ; cette circonstance indique alors presqu'à coup sûr la récidive de la métrorrhagie. Assez ordinairement aussi lorsque la métrorrhagie présente dans sa marche des exacerbations marquées, chacune de ces exacerbations est annoncée ou accompagnée par la manifestation de phénomènes semblables à ceux qui ont précédé l'invasion de la maladie.

La durée de la métrorrhagie est soumise à de si grandes variations qu'on ne saurait la préciser. En général plus l'hémorrhagie est abondante, moins elle dure. Dans les cas les plus ordinaires de l'état aigu, l'écoulement du sang demeure stationnaire pendant deux à trois jours après avoir atteint son maximum d'intensité, puis il diminue successivement pendant cinq à six jours, époque à laquelle il cesse. Néanmoins dans beaucoup de cas la perte utérine peut continuer sans interruption pendant plusieurs semaines.

Lorsque l'hémorrhagie utérine se manifeste chez des filles impubères, elle présente des caractères particuliers qu'il importe de mentionner « La métrorrhagie des filles impubères est toujours peu abondante ; le plus souvent elle produit plutôt un écoulement séro-sanguinolent, qu'un écoulement de sang pur. Cette hémorrhagie dure rarement plus de deux ou trois jours. Dans la plupart des cas elle est même moins prolongée : elle survient ordinairement sans douleur utérine, mais elle s'accompagne souvent d'un sentiment de chaleur, de tuméfaction et d'ardeur dans le vagin et à la vulve ; elle entraîne toujours une débilité immédiate très-marquée ; la jeune malade devient pâle ; les yeux s'excavent et se cernent, les chairs s'amollissent ; elle se plaint de lassitude dans les membres. Ces métrorrhagies des jeunes filles se renouvellent souvent par intervalles irréguliers, sans suivre la marche et les périodes fixes de la menstruation. On reconnaît cette disposition quand on a vérifié les assertions, ordinairement contraires, des mères de ces enfants. En effet elles ne manquent jamais de présenter ces hémorrhagies morbides, comme les symptômes d'une menstruation anticipée. Ces jeunes filles finissent, néanmoins, presque toujours, par être réglées d'une manière précoce. » (Brierre de Boismont, *loc. cit.*, p. 400.)

L'auteur que nous venons de citer assigne les caractères suivants à la métrorrhagie qui survient vers l'époque de la cessation des règles : « L'hémorrhagie de l'âge critique peut éclater tout à coup au milieu de la plus brillante santé. La

femme est inondée de flots de sang ; d'autres fois la quantité est peu considérable, et à peine est-il nécessaire de prendre des précautions ; elle peut durer sans interruption pendant un temps plus ou moins long. Le plus souvent elle cesse, et reparaît fréquemment. Nous l'avons vue débuter au milieu de l'époque menstruelle, et se reproduire chaque mois. Dans quelques circonstances la perte dure quelques heures, quelques jours ; dans d'autres, elle persiste pendant dix et quinze ans, en présentant alors des interruptions. Une disposition importante, c'est que les femmes sont souvent peu affaiblies par ces pertes de sang.

» Parmi les faits que nous avons recueillis, plusieurs méritent une attention particulière. Chez une femme bien portante, la métrorrhagie eut lieu subitement, pendant qu'elle travaillait ; elle rendit en même temps des caillots de sang très-volumineux ; chez une autre la perte se manifesta brusquement, sans motif et au milieu d'une excellente santé. Dans les deux observations l'utérus était sain, l'hémorrhagie dans un cas apparut après une violente colère, remarque que nous avons déjà faite plusieurs fois ; elle fut si abondante, qu'on crut que la patiente allait expirer. Une de ces femmes éprouva pendant trois ans des pertes qui traversaient fauteuils et matelas ; lorsque l'écoulement était arrêté, elle n'était aucunement fatiguée et n'y pensait plus. Une autre femme avait depuis deux ou trois ans des hémorrhagies aux époques menstruelles ; à la révolution de juillet elle eut une si vive frayeur qu'elle rendit le sang par les organes sexuels, la bouche, le nez et le fondement. Cet état dura quinze jours, puis tout fut fini, et la santé n'en souffrit plus. Trois autres étaient sujettes à des hémorrhagies foudroyantes ; après ces graves accidents elles se relevaient affaiblies et reprenaient leurs occupations jusqu'à ce que le sang coulât de nouveau. Toutes ces femmes après l'âge critique se sont très-bien portées. » (Brierre de Boismont, *loc. cit.*, p. 223.)

Il est peu d'affections dans lesquelles les malades soient aussi exposées aux récidives que dans la métrorrhagie. Lorsqu'elle s'est répétée un certain nombre de fois à des époques rapprochées, elle laisse dans l'utérus une disposition telle que l'écoulement du sang se reproduit sous l'influence des causes les plus légères ; c'est ordinairement de cette manière que s'établit la métrorrhagie chronique qui la plupart du temps est consécutive à la métrorrhagie aiguë ; il est néanmoins des cas où la maladie prend le caractère chronique dès le début.

La métrorrhagie chronique, qu'elle soit ou non consécutive à la métrorrhagie aiguë, est constituée par un écoulement de sang peu abondant, continu ou interrompu par de courts intervalles pendant lesquels les malades ont ordinairement des pertes blanches. Sa durée est le plus souvent longue ; elle peut se prolonger pendant plusieurs années : elle offre pendant son cours des exacerbations irrégulières déterminées d'ordinaire par quelque cause excitante plus ou moins appréciable, ou coïncidant avec les époques menstruelles. Les phénomènes de congestion utérine, comme la douleur hypogastrique et lombaire, la céphalalgie, les signes de pléthore générale que nous avons vus précéder ou accompagner la métrorrhagie aiguë manquent dans l'hémorrhagie utérine chronique, ou bien, si on les observe, ils sont beaucoup moins prononcés et ne se manifestent que pendant les paroxysmes.

Le sang qui s'écoule des parties génitales, dans la métrorrhagie, présente des qualités variables. Lorsque la maladie est récente et qu'elle a lieu chez des femmes fortes, le sang fortement coloré contient une assez grande proportion de fibrine pour se coaguler facilement ; dans ces circonstances, surtout quand la malade garde la position horizontale, des caillots peuvent se former dans le vagin ; du sang s'accumule derrière cet obstacle ; puis au moment de quelqu'effort, et après des épreintes, des pesanteurs sur le fondement et la vessie, le tout s'échappe brusquement, de manière à faire croire à une recrudescence de l'hémorrhagie, que cette circonstance avait paru suspendre pendant quelques instants. Selon M. Lisfranc, les caillots ne se forment pas seulement dans le vagin : « Ils se développent quel-

quefois dans l'utérus lui-même, et dans beaucoup de cas leur expulsion est très-douloureuse; il est des sujets chez lesquels ils retiennent une quantité plus ou moins considérable de sang liquide dans la capacité de la matrice, d'où naissent des accidents violents et dangereux. Une dame perdait depuis longtemps du sang par les organes de la génération; on avait pensé qu'elle était affectée d'un polype; je la touchai; elle portait au moins depuis six mois dans le vagin des caillots sanguins offrant le volume de la moitié du poing et ayant la consistance et la couleur de la tourbe humide; j'en fis immédiatement l'extraction avec beaucoup de facilité, et je constatai l'existence d'un engorgement utérin. » (*Clinique chirurgicale de la Pitié*, t. II, p. 430.) Les proportions de fibrine et de cruor, ainsi que la coagulabilité diminuent dans le sang au fur et à mesure que l'hémorrhagie utérine se prolonge et que les malades s'affaiblissent; au bout d'un certain temps ce n'est plus que de la sérosité à peine colorée qui sort par le vagin ou bien un sang noirâtre très-liquide et tout à fait inconcrescible. Il est remarquable qu'à chaque recrudescence de l'hémorrhagie utérine le sang redevient pour un instant, coloré et coagulable.

Nous avons déjà noté que dans certaines circonstances des pertes de sang peuvent alterner avec des flux leucorrhéiques; cela s'observe principalement dans le cours de la métrorrhagie chronique; mais on a vu aussi ce phénomène dans l'hémorrhagie utérine aiguë; les femmes perdent alors alternativement une assez grande quantité de sérosité plus ou moins incolore et du sang avec toutes ses parties constituantes. C'est cette forme de métrorrhagie signalée par Albrecht (*Éph. nat. cur.* ann. V-VI : déc. III, obs. 21), que quelques médecins considèrent à tort comme une complication de la leucorrhée et de l'hémorrhagie utérine. Ces sortes de pertes déterminent l'anémie et l'affaiblissement des malades, mais cependant à un moindre degré que les pertes exclusivement sanguines. Elles s'accompagnent en outre, comme ces dernières, de symptômes de congestion utérine, quelquefois même très-prononcés.

Si l'on vient à explorer les organes génitaux pendant la métrorrhagie, on reconnaît qu'ils ont éprouvé des changements qu'il importe de signaler. D'après M. Gendrin dont nous avons déjà plusieurs fois cité l'ouvrage : « La muqueuse vaginale et les petites et les grandes lèvres sont injectées, tuméfiées, chaudes au toucher. L'utérus a un volume plus considérable que dans l'état sain; on peut souvent en palpant l'abdomen, sentir son fond jusqu'à deux ou trois pouces au-dessus de l'arcade des pubis. Cette augmentation de volume de l'utérus est toujours plus prononcée dans la métro hémorrhagie chronique que dans la métro-hémorrhagie aiguë.

» L'examen direct du museau de tanche pendant la métro-hémorrhagie fait reconnaître qu'il est le siége d'un certain degré de tuméfaction et d'injection vasculaire. Cette partie de l'utérus est comme ramollie et légèrement boursouflée; cependant le toucher n'y provoque aucune douleur et n'y démontre pas l'existence d'une tuméfaction rénitente, comme celle qui s'y trouve quand elle est le siége de l'inflammation. L'orifice du museau de tanche est presque toujours légèrement entr'ouvert et donne issue au sang que perd la malade.

» L'utérus ainsi tuméfié et à l'état de congestion sanguine, subit souvent un certain degré de déviation dans la direction de son axe. Le fond de la matrice est ordinairement incliné en avant; dans quelques cas, cette inclinaison est portée si loin que le museau de tanche repose sur la paroi postérieure du vagin, au point qu'on ne peut arriver par l'exploration que sur la lèvre antérieure. Cette circonstance est toujours accompagnée de douleurs gravatives profondes, de besoins fréquents de rendre les urines, et quelquefois de douleurs utérines vives dans l'excrétion des fèces.

» La tuméfaction et la déviation utérines, et la turgescence avec injection, chaleur et quelquefois même douleur du vagin et de la vulve qui accompagnent les métro-hémorrhagies, précèdent souvent de quelques jours l'invasion de la perte de sang; elles ne disparaissent pas toujours avec elle, on les voit même persister après l'hé-

morrhagie arrêtée, c'est ainsi qu'elles sont quelquefois le seul état morbide qui reste dans les intervalles des attaques de cette maladie, dont la persistance présage toujours le retour. » (*Loc. cit.*, t. II, p. 106.)

Effets consécutifs à la métrorrhagie. La métrorrhagie fait naître chez les femmes qui en sont atteintes des modifications morbides qui varient selon la quantité de sang produite par l'hémorrhagie, la durée de la maladie et la constitution des malades. Quand la métrorrhagie est modérée et qu'elle survient chez une femme pléthorique, elle peut être considérée comme un effort salutaire de la nature, qui met fin aux accidents résultant de la plénitude des vaisseaux. Mais dans la plupart des cas l'hémorrhagie utérine, par son abondance ou sa prolongation, excède le besoin de déplétion du système vasculaire, et alors apparaissent des phénomènes semblables à ceux qui succèdent à toute hémorrhagie abondante. Si la déperdition de sang a été subite, la malade éprouve de la constriction et de l'anxiété à l'épigastre. Le visage et les lèvres pâlissent, les extrémités se refroidissent. Le pouls devient petit, irrégulier; la vue se trouble; les oreilles tintent. La respiration s'embarrasse, et prend le caractère stertoreux. Puis viennent des convulsions suivies de lipothymies, et enfin la mort dans les cas extrêmes, qui sont heureusement fort rares dans l'espèce de métrorrhagie qui nous occupe. Les phénomènes consécutifs sont différents, lorsque la perte de sang a été lente et prolongée : les malades tombent dans l'amaigrissement, leurs forces diminuent; elles deviennent pâles, anémiques. Les digestions se dépravent, des douleurs d'estomac se manifestent, il survient de la soif, de l'anorexie; elles éprouvent presque constamment une céphalalgie opiniâtre fixée à la région occipitale ou sur les régions temporo-orbitaires; cette douleur de tête est gravative avec des exacerbations lancinantes; les yeux s'entourent d'un cercle livide. Un grand nombre de ces malades ont des mouvements fébriles, erratiques, pendant lesquels les pommettes s'injectent; elles sont en proie à une agitation plus ou moins grande, avec une telle irritabilité du système nerveux, que toutes les sensations sont exaltées et les mouvements brusques et comme convulsifs. Enfin dans les cas où l'anémie fait des progrès considérables, les pieds et les jambes s'œdématient, surtout vers le soir. Les téguments se décolorent de plus en plus, ils deviennent d'une teinte mate, de cire. Souvent même l'hydropisie se généralise, et si l'on ne parvient à arrêter la sortie du sang, la mort est la conséquence de l'affaiblissement successif. En général l'anémie et l'épuisement qui sont la suite d'une métrorrhagie peu abondante, mais prolongée, sont beaucoup plus difficiles et plus longs à faire disparaître que lorsque ces accidents résultent d'une perte rapide et copieuse de sang.

Divisions de la métrorrhagie. La plupart des pathologistes ont divisé la métrorrhagie en active et en passive : la première de ces deux variétés comprend les cas dans lesquels l'hémorrhagie est précédée et accompagnée de symptômes de réaction, non-seulement dans l'utérus, qui est le siége d'un *molimen hemorrhagicum* énergique, mais encore dans tout l'organisme; sa marche est aiguë, et le sang qu'elle fournit est riche en principes fibrineux et cruoriques; elle survient généralement chez les femmes fortes, et dont la constitution n'a pas été détériorée par des maladies antécédentes. Selon Gardien la métrorrhagie active doit elle-même être subdivisée en deux variétés distinctes :

« 1° En celle où l'augmentation d'action qui a lieu dans la partie par laquelle le sang sort, se rencontre chez une femme vigoureuse, et où les phénomènes que présente cette hémorrhagie annoncent une exubérance de forces et une pléthore générale; 2° en celle où l'excitation qui attire le sang vers l'utérus, et qui y occasionne une pléthore locale, survient à des femmes délicates chez lesquelles tout indique qu'il n'y a pas surabondance de fluides : la perte tient, dans ce cas, à la susceptibilité trop grande des organes de la génération, ou à ce qu'ils ont éprouvé l'action de diverses causes excitantes; cette seconde variété de la ménorrhagie active est plus fréquente que la précédente.... Les médecins n'ont pas fait assez

d'attention à ces deux modes sous lesquels se présentent les hémorrhagies actives....

» Cette division de la ménorrhagie active en deux variétés, dont l'une tient à la constitution générale, tandis que l'autre dépend de la susceptibilité trop grande des organes générateurs, est importante à établir, puisque le traitement doit être différent. La seconde est plus difficile à combattre, et elle peut conduire la malade à la mort, si on ne vient pas à bout, par le moyen des révulsifs, de changer la direction des mouvements, en détruisant l'activité locale qui entretient cette fluxion continuelle. » (*Traité complet d'accouchement et des maladies des femmes*, t. 1[er], p. 277, 78.)

La métrorrhagie passive se rapporte aux hémorrhagies utérines chroniques; due à un état général de faiblesse et d'atonie qui empêche les vaisseaux de résister à l'abord des fluides, ou à un défaut de densité et de plasticité du sang, cette forme de métrorrhagie ne s'accompagne d'aucun symptôme de réaction générale ou locale; le sang qui en provient est séreux et appauvri; elle affecte spécialement les constitutions lymphatiques et affaiblies, et généralement elle succède à l'action de causes débilitantes. Gardien a encore proposé de subdiviser la métrorrhagie passive en deux variétés correspondant à celles qu'il a admises dans la métrorrhagie aiguë. D'après cet auteur, l'une de ces variétés est constituée par l'atonie générale du corps unie à celle de la matrice; l'autre est le produit de l'atonie isolée de l'utérus, chez une femme qui d'ailleurs est bien portante. Dans cette variété le sang coule goutte à goutte, il n'y a aucune douleur locale ni aucun signe de congestion utérine, au commencement la femme paraît bien portante, mais si la perte continue longtemps elle finit par développer des signes de débilité générale.

Des deux subdivisions admises par Gardien, et qui ont une importance réelle sous le rapport thérapeutique, la première nous paraît en tout conforme au raisonnement et à l'observation clinique; nul doute, en effet, que dans beaucoup e cas un organe et spécialement l'utérus ne puisse être le siége d'une congestion active à laquelle ne participe pas le reste de l'organisme. Quant à la seconde, si la théorie ne la repousse pas absolument, on peut dire qu'il est au moins difficile de constater au lit des malades une atonie locale au milieu d'un organisme qui n'a rien perdu de ses forces et avec un sang non appauvri.

Outre les métrorrhagies active et passive, l'auteur dont nous venons de citer l'opinion en admet une troisième qu'il appelle spasmodique; il la fait dépendre d'une excitation nerveuse de l'utérus liée souvent à un état spasmodique général. Elle survient chez les femmes irritables, impressionnables, sous l'influence de causes qui portent spécialement leur action sur le système nerveux. Les motifs d'après lesquels Gardien a admis une métrorrhagie spasmodique ne nous paraissent pas concluants; il nous semble qu'il a attaché trop d'importance aux symptômes hystéralgiques ou hystériformes qui se manifestent souvent chez les femmes nerveuses à titre d'épiphénomènes, dans le cours de la métrorrhagie, ces accidents spasmodiques doivent, selon nous, être plutôt considérés comme l'effet que comme la cause de l'hémorrhagie utérine. Ce qui n'empêche pas qu'il ne faille, comme il le conseille, user des agents anti-spasmodiques dans ces cas.

Rappelons encore la distinction admise par tous les auteurs des métrorrhagies idiopathiques et symptomatiques, bien qu'il en ait déjà été question.

Les divisions que nous venons de signaler, sont surtout importantes par les indications thérapeutiques qui en découlent, mais il ne faut pas perdre de vue que, dans beaucoup de circonstances, la métrorrhagie est active dans les premiers temps de sa durée, et qu'elle revêt ensuite la forme passive par suite des modifications que la perte du sang imprime à l'état général de l'économie; et que dans quelques cas aussi une métrorrhagie primitivement idiopathique peut, en se prolongeant, faire naître des altérations de l'utérus de nature à l'entretenir comme symptôme.

Diagnostic. La sortie du sang par les organes de la génération est un signe infaillible de métrorrhagie; seulement

lorsque cette maladie survient à l'époque de la menstruation, elle peut être confondue avec l'hémorrhagie physiologique qui résulte de cette fonction. « Mais l'abondance de l'écoulement sanguin , sa durée insolite, l'affaiblissement qui en résulte pour la malade , sont autant de circonstances qui permettront d'établir un diagnostic positif. Il est bon de se rappeler aussi que le sang qui provient de la métrorrhagie aiguë , hors les cas de cachexie habituelle, ou d'épuisement dû à des pertes de sang antécédentes , est chargé de fibrine et de cruor, et par suite très-coagulable ; les malades rendent souvent des caillots volumineux qui se forment dans le vagin par l'accumulation du sang pendant la supination. Cette coagulation du sang n'a pas lieu dans l'écoulement physiologique des règles , ou du moins il y est presque nul. Cette différence doit être également prise en considération. » (Désormeaux et P. Dubois , *loc. cit.* , p. 639.)

La difficulté du diagnostic ne consiste pas à reconnaître l'existence actuelle d'une métrorrhagie, elle est tout entière dans la distinction des différentes formes que peut offrir l'hémorrhagie utérine ; c'est là que résident les bases des indications thérapeutiques. Un point de diagnostic qui devra surtout attirer la sollicitude du médecin . c'est de rechercher tout d'abord si l'hémorrhagie est idiopathique ou bien si elle est sous la dépendance de quelque maladie préexistante. Le caractère symptomatique de la métrorrhagie se décèle par la présence des altérations fonctionnelles ou de texture de la maladie primitive dont l'hémorrhagie utérine n'est que le symptôme. Il faudra donc explorer avec attention la plupart des organes , et surtout l'utérus et ses annexes. Est-il besoin de dire que le toucher est le mode d'investigation qui fournit le plus de lumière dans le cas dont il s'agit ? aussi doit-on y recourir dans toutes les circonstances. «Encore une fois, touchez donc dans tous les cas ; je ne saurais trop le répéter, n'imitez pas les médecins nombreux encore qui traitent, pendant six mois, un an et même plus longtemps , les malades , sans songer à ce moyen puissant d'exploration. Nous voyons fréquemment venir à l'hôpital de la Pitié de malheureuses femmes dont les écoulements rouges ont résisté , parce que leur cause méconnue n'a pas été attaquée , des femmes dont les engorgements ou les ulcérations de l'utérus ont été entièrement négligés, et ont fait trop souvent des progrès qui les ont mis au-dessus de toutes les ressources de l'art. » (Lisfranc, *Clin. citée*, p. 432.) Il n'est pas moins important de distinguer le caractère actif ou passif d'une métrorrhagie ; cela ne comporte aucune difficulté dans les cas tranchés, mais il en est d'autres où le médecin est obligé de conserver du doute ; à la vérité ces cas sont ceux qui ont le moins besoin d'une médication active. Nous ne reproduirons pas les signes propres à guider le médecin ; ils se tirent des symptômes que nous avons exposés ; rappelons seulement qu'une congestion hémorrhagique active de l'utérus peut avoir lieu sans aucun phénomène de réaction générale ni de pléthore.

Pronostic. L'âge , la constitution et l'état des forces des malades ; la nature des causes qui ont fait naître la métrorrhagie , la quantité de sang perdue et la durée plus ou moins longue de la maladie sont les principales circonstances d'après lesquelles on doit établir le pronostic. L'hémorrhagie utérine qui se manifeste chez de jeunes filles avant l'époque de la menstruation ou vers le moment de la première apparition des règles, ne présente , en général , aucune gravité ; elle cesse d'ordinaire insensiblement à mesure que les périodes menstruelles deviennent plus régulières. Il en est encore ainsi de la métrorrhagie idiopathique que l'on observe si souvent chez les femmes vers l'âge critique ; le plus souvent elle disparaît spontanément quand la menstruation est arrivée à son terme naturel. On ne devra non plus concevoir aucune inquiétude d'une métrorrhagie modérée , due à des causes accidentelles et survenant chez des femmes bien constituées et d'un tempérament sanguin ; l'hémorrhagie peut même avoir dans ces cas une utilité incontestable, en prévenant le développement de congestions ou de phlegmasies graves auxquelles ces sujets sont toujours plus ou moins disposés. Les métrorrhagies

abondantes, rapides, sont graves; elles entraînent toujours un état de débilité et d'anémie dont les malades ne peuvent sortir qu'avec lenteur et difficulté; dans quelques cas, heureusement fort rares, la quantité de sang qui s'écoule dans un court espace de temps est si considérable, que la mort peut en être le résultat immédiat.

Lorsque la métrorrhagie s'est répétée un grand nombre de fois, qu'elle se prolonge à l'état chronique ou lorsqu'elle est due à l'action de causes qui ont agi profondément sur l'organisme, elle constitue une maladie grave et toujours plus ou moins rebelle aux secours de l'art. Le danger est encore plus grand quand l'hémorrhagie, avec les conditions précitées, attaque des femmes lymphatiques, nerveuses ou affaiblies par des maladies antécédentes. Les malades s'amaigrissent et tombent progressivement dans la prostration et le marasme; les principales fonctions se dérangent, l'anorexie devient complète; on observe des symptômes nerveux hystériformes, et si dans cet état d'extrême débilité la perte de sang continue même à un faible degré, on voit survenir comme signes avant-coureurs de la mort, la petitesse du pouls, des lipothymies, le refroidissement des extrémités, des mouvements convulsifs, etc.; disons cependant que cette terminaison funeste n'est pas la plus commune.

La gravité du pronostic de la métrorrhagie chronique ou souvent répétée, est encore augmentée par l'influence fâcheuse que cette maladie exerce sur les fonctions de l'utérus. Non-seulement les femmes qui en sont affectées ne présentent qu'une aptitude peu prononcée à devenir enceintes, mais encore dans les cas peu nombreux où la conception a pu s'opérer, il est rare que son produit soit mené à terme, presque toujours alors l'avortement est causé par les congestions hémorrhagiques habituelles dont l'utérus est le siége.

Le pronostic des métrorrhagies symptomatiques est toujours subordonné à la nature de l'affection primitive; cependant la présence de l'hémorrhagie augmente le plus souvent le danger encouru par la malade.

Traitement. Au nombre des conditions les plus essentielles du traitement de toute hémorrhagie utérine, se trouve la nécessité de diriger l'hygiène des malades, de manière à les soustraire autant qu'il dépend de l'art, aux causes qui ont déterminé ou qui entretiennent la maladie, et à diminuer autant que faire se pourra l'activité circulatoire de l'utérus. Les malades seront astreintes à garder le repos le plus absolu dans la position horizontale, on placera même un coussin sous le siége pour relever le bassin au-dessus du reste du corps. On préfèrera les matelas de crin ou les sommiers élastiques aux lits trop mous qui ont l'inconvénient d'entretenir autour du bassin une chaleur trop considérable propre à favoriser les congestions utérines; on recommandera dans le même but de ne couvrir les malades que médiocrement et de ne permettre dans leur chambre qu'une température modérée et même un peu fraîche; il faudra cependant éviter soigneusement le refroidissement des extrémités. La tranquillité de l'esprit est de la plus haute importance; on interdira donc toute méditation contentive, toute préoccupation sérieuse en même temps qu'on écartera de la malade les circonstances ou les personnes qui pourraient faire naître en elle des impressions morales vives.

L'ingestion des boissons rafraîchissantes et tempérantes est généralement recommandée; on choisit parmi elles, celles qui sont légèrement acidules, comme l'orangeade, la limonade, les solutions aqueuses, les sirops de groseilles, de limons, de grenades, tartarique, citrique, etc. On administre ces boissons froides ou même frappées de glace. Cependant on ne doit pas recourir à ces dernières à cause de la vive réaction dont elles sont suivies, toutes les fois qu'il existe une hypérémie utérine très-prononcée, ou chez les femmes pléthoriques. Dans les métrorrhagies aiguës, abondantes et actives, la diète absolue est de rigueur; plus tard, lorsque la maladie a perdu de son activité et que les forces des malades commencent à se déprimer, on doit permettre une alimentation légère; telle que le lait, des gelées végétales, quelques crêmes préparées avec l'orge,

le riz ou d'autres substances féculentes; enfin dans les cas où par suite de l'abondance ou de la persévérance de l'hémorrhagie utérine, alors surtout que la forme chronique et passive est démontrée, les malades sont tombées dans la prostration anémique, il est indispensable de relever les forces par des aliments analeptiques; on peut choisir selon la conservation et l'activité des fonctions digestives, la chair des jeunes animaux, quelques poissons, des viandes rôties, des farineux, etc. On conseille l'usage aux repas d'un peu de vin coupé avec les eaux de Bussang, de Vichy, de Spa, etc.

L'emploi bien entendu et persévéré des moyens hygiéniques ci-dessus suffit dans beaucoup de cas pour obtenir la guérison de la métrorrhagie quand elle est légère, peu ancienne et qu'elle existe chez une femme d'ailleurs bien portante. Mais il faut recourir à une médication plus énergique, lorsque la perte utérine, par son intensité ou sa prolongation, ou par des conditions inhérentes à l'état général de la femme, demande à être réprimée avec rapidité. Dans ce cas encore l'action adjuvante des moyens hygiéniques est indispensable; sans elle les agents thérapeutiques ne seraient d'aucune utilité.

Les saignées locales et générales sont un moyen dont on trouve souvent l'indication dans le traitement de la métrorrhagie, soit pour combattre l'état de pléthore générale auquel cette maladie est due, soit pour agir directement sur la congestion de l'utérus. Néanmoins leur application doit être faite avec circonspection et dépend de conditions variées, car il ne faut pas oublier que les malades perdent déjà du sang, et que des saignées trop copieuses aideraient à produire l'anémie; voici d'après M. Gendrin les principes qui doivent guider le praticien dans l'usage des émissions sanguines : « Pour obtenir des émissions sanguines tous les bons effets qu'on peut en attendre, il faut en proportionner l'activité à l'état des forces des malades. Si l'on a à traiter une femme pléthorique, d'une forte constitution ou habituée à de fréquentes pertes de sang, il ne faut pas hésiter à tirer du sang avec hardiesse jusqu'à ce que les signes de la pléthore aient disparu. Si, au contraire, la malade est d'un tempérament peu sanguin ou lymphatique, on doit ménager les émissions sanguines et les pratiquer avec réserve, de manière à pouvoir les réitérer plusieurs fois sans inconvénient; de petites saignées répétées à plusieurs jours d'intervalle, ont souvent beaucoup plus d'utilité qu'une forte déplétion sanguine pratiquée de prime abord. Elles ont ensuite l'avantage de ménager les forces des malades en leur permettant de réparer en grande partie dans l'intervalle d'une saignée à l'autre la quantité de sang précédemment soustraite.

» Il faut tenir compte, dans la prescription des émissions sanguines contre les métro-hémorrhagies, de la proximité ou de l'éloignement de la manifestation des règles. La maladie reçoit du molimen menstruel une influence fâcheuse qui tend à reproduire l'hypéraimie et la perte de sang utérines. Il faut donc, aux approches des règles, se réserver la facilité de tirer du sang en conservant les forces des malades, car la saignée faite avec modération est alors le meilleur moyen d'atténuer dans ses effets nuisibles le molimen cataménial qu'on ne peut éviter. La médecine doit à M. Lisfranc les plus heureuses applications de cette méthode thérapeutique.

» Quand les signes d'hypéraimie utérine sont très-prononcés, on ne les voit pas toujours céder, au moins complétement, sous l'influence de la saignée générale, même plusieurs fois répétée; bien plus la maladie locale persiste quelquefois encore lorsque, par l'effet des émissions sanguines faites par l'art ou par suite de la perte de sang utérine, la malade est dans un état plutôt d'oligaimie que de pléthore. Dans tous ces cas la saignée générale n'est plus utile; elle pourrait même devenir nuisible; on n'a plus de moyen direct pour combattre l'hypéraimie utérine que de tirer du sang par des saignées locales dans le voisinage de l'utérus, aux aines, à l'hypogastre, aux lombes; nous les faisons faire le plus souvent aux aines ou sur le périnée. On limite ou l'on réitère ces saignées avec prudence, suivant l'état des forces, qu'il

importe toujours beaucoup de ménager.

» Lorsque la métrorrhagie coïncide avec un gonflement des veines hémorrhoïdales, ou même avec des tumeurs hémorrhoïdales, les applications de sangsues à l'anus sont souvent suivies d'une rapide diminution et même de la suspension des accidents. L'expérience nous démontre journellement les bons effets de ces saignées locales qui n'augmentent pas la fluxion sur l'utérus, comme le prétendent beaucoup de médecins. » (*Loc. cit.*, t. II, p. 135.)

Dans beaucoup de cas les réfrigérants locaux sont utilement employés pour diminuer directement l'activité de la circulation dans les vaisseaux utérins. Ce moyen est plus spécialement indiqué contre la métrorrhagie puerpérale. (*Voy.* plus bas.)

Quand l'état des forces ne permet plus d'insister sur l'usage des saignées générales ou locales, on doit chercher à détourner le sang utérin en provoquant une fluxion sanguine plus ou moins vive sur un point éloigné à l'aide des agents révulsifs. Les ventouses sèches sont souvent employées dans ce but. Hippocrate conseille de les appliquer sur les mamelles; Galien préfère leur application au-dessous de ces organes. Désormeaux (*Dict. de médecine*, t. XIV, p. 296.) se fondant sur ce que la succion des mamelles par un enfant a déterminé plus d'une fois des tranchées utérines et l'augmentation de l'écoulement lochial, et aussi sur la forme et la sensibilité des mamelles qui rendent cette opération douloureuse, rejette l'opinion d Hipprocrate, et donne la préférence à l'application des ventouses au-dessous des glandes mammaires, comme le voulait Galien, ou entre les épaules. M. Gendrin a l'habitude de faire appliquer deux ventouses sèches pendant vingt minutes toutes les heures, en descendant sur les parties antérieures du corps et des membres supérieurs, au-dessous de chaque clavicule, sur chaque bras, en dehors ou au-dessous des mamelles, et sur les hypochondres (*loc. cit.*, p. 137). Au lieu de ventouses on peut appliquer sur les mêmes points des vésicatoires volants, des sinapismes, des linimens irritants, etc L'immersion des mains dans l'eau chaude est un moyen recommandé par Hoffmann, Désormeaux, Lordat.

Les médicaments styptiques et astringents ont, de tout temps, été fortement vantés dans le traitement de la métrorrhagie, ce sont, en effet, des agents dont on peut retirer un puissant avantage, mais pour cela il faut bien saisir l'opportunité de leur application. Il faut en rejeter l'usage tant qu'il existe des signes de pléthore générale ou d'hypérémie active de la matrice. C'est pour avoir employé les astringents dans ces cas qu'un certain nombre de médecins les accusent d'avoir transformé une congestion hémorrhagique en une véritable phlegmasie de l'utérus; il est certain, en effet, que ces médicaments, par l'action à la fois stimulante et astrictive qu'ils exercent, peuvent augmenter l'abord du sang tout en diminuant l'écoulement de ce liquide, d'où pourra naître un travail inflammatoire plus grave que la maladie primitive; mais on n'aura pas à craindre cet inconvénient si l'on attend pour employer les astringents, la disparition des phénomènes qui indiquent que l'hémorragie utérine est entretenue par un mouvement fluxionnaire actif. C'est donc dans les métrorrhagies chroniques et surtout passives, alors que l'hémorrhagie est plutôt due à un état d'atonie et de relâchement du tissu malade, qu'à une activité insolite de la circulation capillaire, qu'il faut réserver exclusivement l'usage méthodique des astringents. Parmi ces agents thérapeutiques, le ratanhia, le monésia, le tannin en substance, le cachou, la noix de galle, l'alun, les acides minéraux, l'eau de Rabel, etc., sont ceux auxquels on a le plus souvent recours. On les administre à l'intérieur sous forme de décoction, de poudre, d'extraits, etc., en lavements, en injections, et en applications extérieures. On leur associe les toniques proprement dits, comme le quinquina, l'écorce d'orange, les préparations ferrugineuses, le vin, quand l'état asthénique des malades est porté à un degré considérable et qu'il existe une profonde décoloration du sang. C'est encore dans le traitement de la métrorrhagie passive qu'il convient de faire usage de certaines substances préconisées à titre de spécifiques

contre cette hémorrhagie. Telle est la sabine vantée d'abord par Wedekin, puis par Sauter et Gunther qui affirment en avoir retiré de grands avantages; la cannelle et ses préparatifs à laquelle Plenk (*Summa obs. med.*, t. III, pag 84) attribue une vertu anti-métrorrhagique aussi puissante que celle du quinquina contre les fièvres intermittentes; Schmidtmann, P. Frank ont aussi reconnu l'utilité de ce médicament, mais seulement dans les cas où l'hémorrhagie utérine est liée à un état général de débilité et d'atonie. Selon M. Gendrin qui, sur la foi de ces auteurs, a employé la cannelle, il n'est pas de moyen dont on ne puisse retirer plus d'avantages dans les métro-hémorrhagies chroniques ou déjà arrivées au moins à l'imminence de l'état chronique chez des sujets d'une constitution appauvrie, et dont le tube digestif est peu irritable; M. Gendrin donne la préférence à la poudre de cannelle qu'il administre à la dose de 4 à 8 grammes par jour en trois ou quatre prises. Van-Swieten qui a surtout accrédité la cannelle contre la métrorrhagie après les couches, se servait d'une mixture composée de 30 grammes de teinture de cannelle et de 180 grammes d'eau distillée de mélisse, administrée par cuillerée de deux en deux heures.

Le seigle ergoté mérite une mention spéciale, la puissance hémostatique de ce médicament est généralement admise aujourd'hui dans la métrorrhagie puerpérale, mais les opinions sont encore controversées en ce qui concerne son utilité dans les hémorrhagies utérines en dehors de l'état puerpéral. Les auteurs qui ne voient dans l'ergot de seigle qu'un agent excitateur des contractions utérines, ne peuvent pas concevoir son action dans l'état de vacuité de l'utérus alors que les fibres musculaires de cet organe resserrées sur elles-mêmes n'ont éprouvé aucune dilatation; bien plus, disent-ils, si l'action élective de cette substance se manifeste dans ces cas, ce ne peut être qu'en produisant une excitation plus propre à favoriser la congestion et l'hémorrhagie utérines, qu'à les arrêter. Cette manière de voir émise par Olivier Prescott (*Medical and physical journal*, t. XXXII) et par M. Villeneuve (*Mémoire histor. sur l'emploi du seigle ergoté*, etc., pag. 73) paraît aussi avoir été adoptée par M. Gendrin qui s'exprime ainsi : « La propriété démontrée du médicament indique un effet qui ne pourrait qu'être » nuisible dans la métro-hémorrhagie, » puisqu'il a nécessairement pour résultat » de stimuler l'utérus, et d'augmenter » ainsi l'état de turgescence de son appareil vasculaire ..... l'administration » du seigle ergoté contre la maladie qui » nous occupe, n'est donc pas rationnelle; » nous l'avons vu pratiquer plusieurs fois » par des médecins et par les élèves des » hôpitaux chargés de donner les premiers » soins aux femmes atteintes de métro-hémorrhagie amenées dans ces établissements, nous n'en avons vu résulter » aucun avantage: dans quelques cas, il » nous a paru évident que les accidents » ont été exaspérés. » (*Loc. cit.* t. II, pag. 148.) Cependant on a publié des faits nombreux qui attestent l'efficacité du seigle ergoté dans la métrorrhagie de l'état de vacuité. M. Bayle à qui l'on doit d'avoir rassemblé la plupart de ces faits, en donne le résultat de la manière suivante : « Une des propriétés les plus importantes du seigle ergoté, c'est, sans contredit, celle d'arrêter les hémorrhagies, » et en particulier, une des espèces les » plus dangereuses, la ménorrhagie puerpérale et non puerpérale. Sur 89 cas » d'hémorrhagie traités par l'ergot il y » avait 24 ménorrhagies puerpérales, ou » suites de couches; 46 ménorrhagies non » puerpérales..... Les 46 cas de ménorrhagie *non puerpérale* furent suivis de » guérison, à l'exception de 2 cas; mais » l'écoulement du sang fut beaucoup plus » longtemps à s'arrêter dans cette espèce » de ménorrhagie, car la guérison ne » s'opère généralement que dans l'espace » de plusieurs heures ou même de plusieurs jours dans le plus grand nombre » de ces faits l'hémorrhagie existait depuis » plusieurs jours ou même un mois; elle » tenait à des causes variées. » (*Bibl. de Thérap.*, t. III.) Des observations recueillies par MM. Trousseau et Maisonneuve démontrent aussi l'efficacité du seigle ergoté dans la ménorrhagie non puerpérale; en effet chez sept *utérus*

vierges ces auteurs ont vu l'écoulement sanguin s'arrêter au bout d'un quart d'heure, et en six, sept, huit, douze, seize, vingt-quatre heures. Bien plus, disent-ils, dans cinq cas où l'écoulement sanguin était symptomatique d'un cancer de la matrice, la perte s'est arrêtée en moins de trente-six heures. Le degré d'ancienneté de la maladie n'a pas paru à MM. Trousseau et Maisonneuve avoir une influence notable sur la rapidité de la guérison, quelquefois une métrorrhagie datant d'un mois ou six semaines, a cédé en six, sept heures, et même en un quart d'heure, d'autres fois, dans des circonstances semblables, elle ne s'est arrêtée qu'au bout de vingt-quatre et trente-six heures. Dans quelques cas l'hémorrhagie, après avoir été complétement suspendue, s'est reproduite, mais seulement sous la forme d'un suintement de sang moins abondant que l'écoulement des règles. « Aucun état particulier de l'utérus, aucune circonstance relative, soit à la durée de la maladie, soit à l'âge ou au tempérament des malades, ne paraît avoir exercé d'influence sur la production de ce léger accident ; le plus souvent il a reconnu pour cause quelque imprudence de la part des malades, quelque erreur dans le mode d'administration du médicament ou bien quelque circonstance fortuite. » (Trousseau et Pidoux, *Traité de Thérapeut.*, t. 1, pag. 541). En outre des faits dont il vient d'être question, les recueils périodiques en contiennent beaucoup d'autres du même genre, de telle sorte que, selon nous, on ne saurait se refuser à admettre la propriété anti-métrorrhagique du seigle ergoté, quoiqu'on ne puisse guère s'en rendre compte à moins de dire avec M. Giacomini (*Trad. de la pharmacol.*, pag. 333.) que le seigle ergoté est un agent hyposthénisant vasculaire très-puissant, surtout des capillaires. Le meilleur mode d'administrer ce médicament consiste à le faire prendre en poudre à la dose de 30 à 60 centigrammes que l'on répète de quatre à huit fois dans les vingt-quatre heures ; quelques praticiens le donnent en infusion ou en décoction à la dose de 4 grammes pour 500 grammes d'eau à prendre par tasse de quatre en quatre heures. On peut, sans danger, continuer l'administration de ce moyen pendant deux, quatre et même quinze jours de suite.

Les bains froids et particulièrement les bains de rivière ont été préconisés contre la métrorrhagie chronique. M. Gendrin (*Loc. cit.*, pag. 144, t. II.) annonce en avoir retiré de grands avantages; leur durée doit varier depuis celle d'une simple affusion rapide jusqu'à celle de l'immersion dans l'eau froide pendant quelques minutes et même une demi-heure et plus, selon l'intensité des effets qu'on veut produire et selon la facilité avec laquelle la chaleur se rétablit ; il faut que la réaction commence presque immédiatement après la soustraction du calorique, qu'elle s'opère progressivement et qu'elle soit assez prononcée pour produire un léger mouvement fébrile de deux à trois heures au plus de durée. Lorsque par suite du trop grand affaiblissement des forces la réaction ne s'établit que difficilement, on la favorise par des frictions sèches sur les extrémités et par des boissons diaphorétiques. « En continuant ces moyens pendant un certain temps, ajoute M. Gendrin, en graduant leurs effets et en les rendant d'autant plus actifs que les malades réagissent avec plus de facilité contre leur résultat immédiat, nous avons guéri des métro-hémorrhagies qui avaient résisté à des médications variées, et nous avons prévenu des récidives qui s'étaient reproduites plusieurs fois avec opiniâtreté au retour de chaque époque menstruelle » (*Loc. cit.*). Disons cependant que les bains froids n'ont pas été considérés comme exempts d'inconvénient par tous les praticiens ; on leur a reproché d'avoir déterminé l'inflammation de la matrice, celle du péritoine, du tissu cellulaire du bassin, et nous pensons d'après cela qu'il convient d'apporter quelque circonspection dans l'emploi des bains froids qui, du reste, n'ont peut-être été nuisibles que par leur application inopportune.

Dans beaucoup de circonstances, l'observation a constaté les avantages que l'on peut retirer des anti-spasmodiques narcotiques et surtout des opiacés dans

le traitement de certaines hémorrhagies utérines. On en recommande spécialement l'usage quand la métrorrhagie a été amenée par des causes qui ont ébranlé tout le système nerveux, et quand il survient dans le cours de cette affection des phénomènes spasmodiques hystériformes ; non-seulement l'opium rend d'incontestables services pour combattre les accidents dont il vient d'être question ; mais il paraît encore exercer une action directe sur l'effusion du sang en modifiant la circulation utérine. Des faits favorables à l'action des narcotiques et de l'opium ont été rapportés par Sennert, Ettmüller, F. Hoffmann, Hortsius, etc. Ce dernier auteur raconte qu'il arrêta chez sa femme, par l'administration du laudanum, une métrorrhagie qui l'avait mise aux portes du tombeau. (*Epist. med.*, lib. II, p. 581.)

Quelques médecins, entre autres, MM. Goupil, Martinez, Deslandes et Carrère, disent avoir obtenu des avantages marqués du nitrate de potasse, administré à la dose de 4, 8, 12, 16 et même 24 grammes par jour contre la métrorrhagie. Les vomitifs ont été conseillés, lorsque la métrorrhagie est compliquée de symptômes d'embarras gastrique ou intestinal ; Stoll et Finke les ont surtout employés, dans ce cas, avec avantage ; mais hors ces circonstances, on conçoit qu'ils seraient plutôt nuisibles qu'utiles par les vives secousses du vomissement qui ne manqueraient pas d'augmenter la perte du sang. Selon P. Frank, Murray, Baglivi, le même inconvénient n'existe pas quand on administre les vomitifs à doses fractionnées de manière à produire des nausées ou de légers vomissements. Ce mode de traitement réussit souvent pour arrêter la métrorrhagie chronique. Les purgatifs trouvent dans beaucoup de cas une application utile pour surmonter la constipation, et tenir le ventre libre, mais il faut se garder de les employer avec trop d'insistance, parce que l'irritation qu'ils produisent sur la muqueuse intestinale pourrait retentir jusqu'à l'utérus et amener une augmentation de l'hémorrhagie utérine. On évitera surtout soigneusement d'avoir recours à ceux qui agissent spécialement sur le gros intestin, comme l'aloès, la gomme gutte.

Dans le cas où une métrorrhagie abondante menacerait immédiatement les jours de la malade, il ne faudrait pas hésiter à pratiquer le tamponnement du vagin. On sait que ce moyen consiste à introduire dans le canal vaginal une assez grande quantité de charpie sèche, ou imbibée d'une liqueur styptique, comme la solution de sulfate d'alumine, d'acétate de plomb, le vinaigre, etc. Dans quelques cas on enduit la charpie avec de la poudre de colophane. Lorsqu'on n'a pas de charpie sous la main, on peut la remplacer par de l'étoupe, du vieux linge, de l'éponge. Nous nous rangeons volontiers au conseil donné par quelques praticiens d'introduire préalablement dans le vagin un linge huilé qui prend la forme de ce conduit ; puis dans cette sorte de sac, on place la charpie, et on assujettit le tout à l'aide d'un bandage en T ; on laisse l'appareil séjourner pendant plusieurs heures, un jour même si les femmes ne se plaignent pas trop. Le tampon est un obstacle mécanique à l'issue du sang au dehors, il arrête la métrorrhagie en provoquant la stagnation et par suite la coagulation du sang dans la cavité utérine et dans la partie supérieure du vagin ; non-seulement il ne peut rien contre le molimen hémorrhagique, mais encore il pourrait par son contact irritant sur le col utérin augmenter l'hypérémie utérine et déterminer une inflammation plus ou moins profonde ; aussi doit-on le considérer comme une ressource extrême dont l'indication ne se présente que bien rarement dans la métrorrhagie de l'état de vacuité.

Nous n'avons rien à dire ici du traitement des métrorrhagies symptômatiques ; les moyens qu'il convient d'employer alors doivent être spécialement dirigés contre la maladie primitive, et même si l'écoulement du sang réclame par son abondance une médication particulière, elle est encore subordonnée à la lésion hémorrhagipare.

Il ne suffit pas au médecin d'avoir arrêté le cours d'une métrorrhagie, il faut encore qu'il en empêche les récidives. Le traitement prophylactique de la métrorrhagie repose sur les mêmes bases que le traitement curatif de cette affection, il

devra être continué aussi longtemps que durera la prédisposition hémorrhagique. La première indication consiste à éviter soigneusement toutes les causes occasionnelles, si légères qu'elles paraissent. On prescrira aux femmes fortes, sanguines, un régime doux, composé en grande partie de substances végétales, des boissons délayantes. La diète lactée est particulièrement conseillée par Hoffmann aux femmes grêles et délicates, mais qui ressentent une chaleur plus grande que dans l'état naturel. Un exercice modéré est permis dans l'intervalle des époques menstruelles, tandis que vers ces époques et pendant leur durée le repos absolu est indispensable Dans le même temps une très-petite saignée du bras, des applications de sangsues ou des ventouses scarifiées sur la région sacrée ou lombaire devront être faites, s'il se manifeste des signes trop prononcés d'hypérémie utérine. Lorsqu'on a affaire à des femmes déjà affaiblies, chez lesquelles il existe un certain degré d'anémie et qui ont coutume d'être atteintes de métrorrhagie passive, on conseille un régime réparateur, auquel on ajoute l'usage des toniques et des ferrugineux, dans la vue de faire recouvrer au sang la plasticité qu'il a perdue.

La suppression trop rapide d'une métrorrhagie habituelle ancienne peut, dans quelques cas, être suivie du développement de maladies plus ou moins graves. Pour éviter autant qu'il est possible ces accidents M. Lisfranc donne les conseils suivants : « A mesure que la métrorrhagie, surtout ancienne, diminue ou disparaît, on surveille très-attentivement les organes logés dans les trois grandes cavités splanchniques : ils peuvent se congestionner; des maladies latentes qui jusqu'alors étaient inaperçues, peuvent aussi se montrer : si le sang coule encore dans les cas dont nous nous occupons, on renonce sur-le-champ à l'usage des moyens destinés à l'arrêter, et souvent même on administre les médicaments propres à favoriser ou à augmenter son écoulement : s'il avait cessé, on emploierait les médications nécessaires pour le rappeler.

» Une métrorrhagie essentielle continue depuis longtemps; elle constitue alors, même chez les femmes dont les viscères sont sains, un puissant exutoire auquel la nature ne renonce pas sans faire courir à la malade de très-grands dangers; je m'en suis souvent convaincu dans le commencement de ma pratique. J'ai vu des personnes chez lesquelles ces pertes, supprimées plusieurs fois par les efforts de l'art, ont produit successivement, sur le même sujet, une péritonite, une pleurésie, une entérite, une pneumonie, une méningite, dont on connaît la terminaison trop souvent malheureuse.

» On doit commencer le traitement par les soins hygiéniques; le régime approprié aux circonstances morbides est d'un grand poids : plus tard, si les malades sont fortes, on pratique au bras une saignée spoliative; lorsqu'elles sont faibles, on fait sur le même point la phlébotomie dérivative; plus tard encore, on administre à l'intérieur d'abord les hémostatiques légers, puis les antihémorrhagiques plus puissants; on revient, suivant les indications, à l'une ou l'autre des évacuations sanguines que nous venons d'indiquer.

» Lorsque pendant cinq ou six mois, et même davantage, on est parvenu, à l'aide des moyens hygiéniques et thérapeutiques que nous conseillons, à diminuer peu à peu la perte sanguine, et qu'on a accoutumé s'il est possible, l'économie à en perdre l'habitude, que d'ailleurs aucun organe n'est compromis et que la santé s'améliore, on attaque franchement la métrorrhagie. » (*Clinique citée*, t. II, p. 447.)

ARTICLE XVI.

Métrite ou inflammation de la matrice.

Il existe des différences fondamentales dans l'étiologie, la symptômatologie, le pronostic et le traitement de la métrite selon que l'inflammation est limitée à la membrane muqueuse qui tapisse les parois internes de l'utérus ou qu'elle a pour siége le tissu parenchymateux de cet organe, selon que, dans ces deux cas, la phlegmasie affecte la forme aiguë ou la forme chronique; enfin selon que la métrite se manifeste en dehors de l'état puerpéral ou sous l'influence de cet état. De ces diverses conditions résultent des for-

mes distinctes de métrite qu'il convient d'exposer à part. Nous traiterons donc dans autant de paragraphes séparés : 1° de la métrite catarrhale aiguë, ou catarrhe utérin; 2° de la métrite catarrhale chronique ; 3° de la métrite parenchymateuse simple aiguë; 4° de la métrite chronique; 5° de la métrite puerpérale.

§ 1. Métrite catarrhale. (Catarrhe utérin.)

La phlegmasie catarrhale de l'utérus peut exister à l'état aigu ou prendre la forme chronique. Tantot elle est bornée à la muqueuse utérine, tantôt, et plus souvent, elle coïncide avec l'inflammation de la muqueuse vaginale. Beaucoup d'auteurs ont décrit l'affection qui nous occupe sous le nom de *leucorrhée aiguë*, en raison de l'écoulement auquel elle donne lieu; nous n'avons pas cru devoir les imiter, et nous avons exposé, à l'article consacré à la leucorrhée, les raisons qui nous ont engagé à réserver ce nom à la simple hypersécrétion de la muqueuse utéro-vaginale.

Causes. La métrite catarrhale aiguë reconnaît à peu près les mêmes causes que la vaginite; souvent même elle est consécutive à cette dernière, la phlegmasie se propageant du vagin à la muqueuse utérine par voie de continuité, de sorte que, pour éviter des répétitions qui pourraient paraître fastidieuses et inutiles, nous renvoyons le lecteur au chapitre des causes de la vaginite, dans lequel ce sujet a été traité avec tous les détails qu'il comporte. Nous mentionnerons seulement ici les circonstances étiologiques qui se rapportent plus particulièrement au catarrhe utérin.

Il est peut-être sans exemple que la métrite catarrhale ait été observée chez les jeunes filles impubères, et cela se conçoit en raison de l'inertie vitale dans laquelle l'utérus reste plongé jusqu'à la puberté ; aussi les écoulements que l'on observe assez fréquemment chez les petites filles sont-ils exclusivement produits par la sécrétion vaginale. Les congestions sanguines périodiques, dont l'utérus est le siége pour l'accomplissement de la fonction menstruelle, sont une des conditions efficientes les plus énergiques de la métrite catarrhale, et cette cause devient plus puissante encore quand ces congestions ne sont pas suivies de l'hémorrhagie normale en vue de laquelle la nature les avait produites; presque toujours alors il survient un écoulement muqueux qui, parfois, n'est dû qu'à une simple hypersécrétion, maisqui bien souvent est l'indice d'un travail phlegmasique de la muqueuse utérine. D'ordinaire le catarrhe utérin qui se développe dans ces circonstances est passager et ne dure que quelque temps avant et après la période menstruelle, puis il disparaît pour reparaître le mois suivant. Dans quelques cas cependant il s'établit d'une manière permanente, mais avec des exacerbations mensuelles.

Le travail de l'accouchement, surtout quand il a été long et pénible, les avortements, la présence dans la cavité de l'utérus d'un polype, d'une môle, d'hydatides, sont autant de causes capables d'irriter la membrane utérine interne et de provoquer sa phlegmasie. Le même effet est encore souvent produit par les engorgements, les indurations, les dégénérescences organiques dont la matrice peut être atteinte, soit dans son corps, soit dans son col. Nous noterons encore au nombre des causes directes du catarrhe utérin les abus du coït, la consommation de cet acte quand les organes sont disproportionnés, l'onanisme, les injections irritantes, les lectures érotiques, la fréquentation de lieux ou de sociétés capables de susciter un état habituel d'éréthisme de l'appareil génital, etc. Dans certains cas le virus syphilitique porte son action jusque sur la muqueuse utérine et y détermine une blennorrhagie utérine sur laquelle M. Ricord a spécialement appelé l'attention. (*Mém. de l'Académie de Méd.*, tome II, p. 159. 1833). Il en sera plus spécialement question dans le traité des maladies syphilitiques. La cohabitation avec un homme affecté d'urétrite aiguë ou de balanite, même non virulentes, a aussi été dans quelques cas suivie du développement d'un catarrhe utérin.

Symptômes. Un mouvement fébrile, plus ou moins marqué, accompagné de malaise, de lassitudes spontanées, de céphalalgie, annonce ordinairement l'in-

vasion de la métrite catarrhale lorsqu'elle doit avoir une certaine intensité. Ces symptômes précurseurs manquent au contraire le plus souvent dans les cas légers. Quand les phénomènes généraux dont il vient d'être parlé se manifestent, ils durent communément pendant les quatre à six premiers jours de la maladie, puis ils cessent pour ne plus se montrer, à moins de recrudescence de l'inflammation. Quoi qu'il en soit, le catarrhe utérin ne tarde pas à se manifester par des phénomènes locaux. Les malades se plaignent d'une douleur gravative dans la région sus-pubienne; cette douleur se propage aux aines, aux lombes, au périnée, à la partie supérieure des cuisses. « Il faut ajouter aussi une sensation de chaleur qui manque dans beaucoup d'autres affections du même viscère, une sensation de prurit au début, de cuisson par la suite, des micturitions accompagnées de douleur et de cuisson dans l'émission des urines, et quelquefois un mouvement fébrile. L'inflammation se propage souvent jusqu'aux organes génitaux externes, qui sont alors sensibles, humides, rouges, tuméfiés, comme la vue et le toucher peuvent l'apprendre. Pour ce qui est de l'utérus, on trouverait alors au toucher son orifice peut-être plus ouvert, plus mou, plus humide, plus chaud et plus douloureux que dans l'état ordinaire. L'écoulement suit de près les premiers signes de sensibilité anormale dans la région de l'utérus; d'abord séreux ou sanguinolent, surtout quand il succède à une métrorrhagie, ainsi que nous l'avons vu quelquefois, il devient bientôt épais, jaune ou jaunâtre, souvent même verdâtre, tantôt glaireux, tantôt plus fluide et puriforme; il tache le linge en jaune verdâtre en se desséchant, et lui donne une raideur telle que celle qu'on cherche artificiellement à lui procurer avec de l'empois; plus tard il devient souvent blanc, lactescent, quelquefois mêlé de glaires presque transparentes ou constitué presque uniquement de ces glaires comparables à la mucosité sécrétée par la membrane pituitaire. L'état inflammatoire est alors presque complétement dissipé, et cela arrive spontanément après trente-six ou quarante jours selon Blatin et Pinel. Mais nous avons vu fréquemment cet état vraiment inflammatoire céder bien plus promptement encore, faire place à l'état chronique, puis reparaître bientôt à l'occasion des menstrues, d'un excès de table, de coït ou sans causes connues. La couleur et la quantité de l'écoulement suivent ces variations, et, en général, il nous a paru d'autant plus épais et plus coloré, mais non toujours d'autant plus abondant que l'inflammation était plus vive. » (Boivin et Dugès, *Traité pratique des maladies de l'utérus*, t. II, p. 353).

Si l'on soumet à l'examen microscopique la matière de l'écoulement qui provient du catarrhe utérin, on reconnaît qu'elle est formée par un liquide homogène, épais, dans lequel nagent des globules semblables à ceux que contiennent le pus et le mucus à l'état normal. Selon M. le docteur Donné, on n'y retrouve jamais les écailles épidermiques du mucus vaginal (petits corps vésiculaires de M. Turpin). Sa nature est alcaline.

L'exploration par le speculum dont il ne faut user qu'avec la plus grande circonspection dans cette maladie, à cause de l'excitation qu'elle produit, permet d'apprécier l'état du col utérin : dans certains cas où la phlegmasie paraît bornée à la muqueuse du corps de la matrice, le col ne présente rien de remarquable, si ce n'est que l'ouverture du museau de tanche un peu agrandie est obstruée par une couche de mucus généralement très-adhérente; mais ce qui est le plus ordinaire, quand la muqueuse qui recouvre le col participe à l'état inflammatoire, on trouve cette partie plus ou moins tuméfiée, d'un rouge vif et foncé, tendue, lisse, ou molle et saignante : quelquefois on découvre des excoriations superficielles dont le siége le plus habituel est au pourtour du museau de tanche ou à la lèvre postérieure, ce qui autorise à penser qu'elles sont souvent produites par le contact irritant du mucus qui s'écoule de l'utérus. C'est aussi à cette dernière circonstance que l'on doit rapporter, dans un grand nombre de cas, la vaginite qui complique la métrite catarrhale.

Le catarrhe utérin aigu présente dans sa marche une succession de phénomènes d'après laquelle les auteurs ont admis

plusieurs périodes distinctes. La division admise par Gardien nous semblant la plus exacte, nous allons la reproduire. « Le catarrhe utérin aigu offre quatre périodes dans sa marche : la première s'annonce par un prurit, d'abord léger à la vulve, dans l'intérieur du vagin, et qui se propage quelquefois dans la matrice ; les femmes se plaignent d'une chaleur considérable vers cet organe, et de douleurs des lombes et du dos; dans quelques cas, il augmente les appétits vénériens : si la femme cède à ce penchant, la maladie en est aggravée. Cette première période est accompagnée d'envies fréquentes d'uriner.

» La seconde période, qui a lieu vers le troisième ou quatrième jour, est caractérisée par un écoulement séreux, d'abord peu abondant; la matière augmente en quantité et prend ensuite une couleur verte ou jaunâtre plus ou moins foncée, suivant le degré d'irritation; les ardeurs d'urine deviennent plus fatigantes.

» Dans la troisième période, qui commence au neuvième ou dixième jour, les symptômes inflammatoires diminuent d'intensité; la matière de l'écoulement est encore très-abondante; successivement elle devient plus épaisse et offre diverses nuances dans sa couleur, jusqu'à ce qu'elle soit entièrement blanche; bientôt l'écoulement diminue, les ardeurs d'urine se dissipent.

» La quatrième période, qui forme le passage à l'état chronique, offre beaucoup d'irrégularités : l'écoulement disparaît pendant quelque temps, et s'annonce ensuite sans cause connue. » (Gardien, *Traité complet d'accouch. et des mal. des femmes*, t. 1er, page 305.)

Diagnostic. La métrite catarrhale simple peut être confondue avec un grand nombre d'affections qui, comme elle, ont pour symptôme commun, l'écoulement par la vulve d'une matière muqueuse ou mucoso-purulente.

On distinguera le catarrhe utérin de la leucorrhée proprement dite, en ce que, dans cette dernière affection, il n'existe aucun phénomène de réaction générale ou locale, puis par la nature de l'écoulement qui, dans la leucorrhée, est toujours incolore et se présente avec les caractères normaux du mucus génital, tandis que dans le catarrhe utérin, le liquide fourni par la sécrétion morbide est toujours plus ou moins coloré en jaune verdâtre, du moins tant que dure le travail inflammatoire ; on sait de plus que la leucorrhée a une marche presque toujours chronique.

Les signes à l'aide desquels on différencie le catarrhe utérin de la vaginite aiguë sont moins évidents, puisque leur nature est la même, et que la plupart du temps ces maladies existent en même temps. Néanmoins les douleurs sourdes de la région hypogastrique, des aines, des lombes, se rattachent plus spécialement à la métrite catarrhale ; puis vient l'exploration au speculum, qui fait connaître l'état sain ou morbide de la muqueuse vaginale, et qui éclaire sur l'origine de l'écoulement. D'ailleurs il importe fort peu aux malades que ces deux affections soient distinguées l'une de l'autre, puisqu'elles exigent l'emploi du même traitement.

L'intensité de la fièvre, la violence des douleurs hypogastriques qu'exagère la pression, l'augmentation de volume du corps de la matrice, l'absence ou le peu d'abondance de l'écoulement, sont des signes diagnostiques qui mettront toujours le praticien à même de reconnaître les cas dans lesquels le parenchyme de l'utérus est atteint d'inflammation de ceux dans lesquels la phlegmasie est bornée à la muqueuse utérine.

Mais comment reconnaître qu'un catarrhe utérin aigu est simple, ou de nature syphilitique? Ici le diagnostic est entouré des difficultés les plus graves, quelquefois insolubles. Cependant il existe de nombreuses circonstances propres à éclairer le praticien; nous en avons déjà parlé à l'occasion de la vaginite; ce sujet sera en outre traité avec plus de développements dans la partie de cet ouvrage consacrée à la blennorrhagie syphilitique. Nous ne croyons pas devoir nous y arrêter ici.

Quant aux écoulements qui sont symptomatiques des altérations organiques de l'utérus, comme cancer, engorgements, ulcérations, ils se reconnaîtront toujours facilement au moyen des signes sensibles fournis par le toucher et le speculum, et par les symptômes propres aux affections dont ils dépendent.

Pronostic. La métrite catarrhale aiguë n'est pas une maladie grave, quand elle existe sans complication, chez une femme saine et d'une bonne constitution. Elle se termine généralement alors par résolution dans l'espace de quelques septénaires, si un traitement approprié a été mis en usage. Mais il n'en est pas ainsi, lorsqu'il existe quelqu'altération de la matrice qui entretient l'irritation, lorsque la constitution de la femme est entachée de quelque vice dartreux ou scrofuleux, lorsque la malade reste soumise aux causes qui ont produit l'affection, ou qu'on n'a pas recours à un traitement convenable; dans tous ces cas, la maladie a une remarquable tendance à passer à l'état chronique ou à dégénérer en phlegmorrhée.

Anatomie pathologique. La muqueuse utérine étant, pendant la vie, soustraite aux moyens d'investigation propres à en faire reconnaître l'état, et, d'un autre côté, le catarrhe utérin simple ne se terminant presque jamais par la mort, on ne connaît qu'imparfaitement les altérations anatomiques qui constituent cette maladie. Néanmoins, on ne saurait douter qu'elles ne soient identiques à celles que l'inflammation produit dans la muqueuse vaginale. « On doit présumer que la surface interne de la matrice, lorsque cet organe est le siége d'une phlegmasie catarrhale, présente les mêmes modifications que la muqueuse du vagin; mais les faits manquent pour appuyer cette assertion. Nous avons pourtant observé deux exemples de congestion inflammatoire de l'utérus, et spécialement de la membrane interne, qui avait été occasionnée par des grossesses extra-utérines. La mort fut le résultat de la rupture des kystes ovariques, et, à l'autopsie, on trouva que la muqueuse utérine était rouge, molle, imprégnée de mucus puriforme, et qu'en grattant les parties les plus foncées avec le manche d'un scalpel, on enlevait un detritus rougeâtre. » (Blatin et Nivet, *Traité des mal. des femmes*, etc., p. 158.)

Traitement. Le traitement de la métrite catarrhale étant basé sur les mêmes principes que celui de la vaginite aiguë, nous nous bornerons ici à rappeler les principales indications, pour éviter des redites inutiles.

Le repos dans le décubitus horizontal, l'abstinence complète du coït et de tous les excitants des organes génitaux, la diète plus ou moins rigoureuse dans les premiers jours de la maladie, surtout s'il existe des phénomènes de réaction générale, l'usage modéré, par la suite, d'aliments doux et légers, constituent les moyens hygiéniques qu'il importe de conseiller aux malades; car sans leur observation rigoureuse, les agens thérapeutiques proprement dits perdraient beaucoup de leur puissance.

Quant aux moyens pharmaceutiques qu'on doit opposer au catarrhe utérin aigu, ils sont tous pris dans la classe des anti-phlogistiques, des émollients et des calmants.

Si la maladie se manifeste avec violence par de la fièvre, des douleurs prononcées dans la région hypogastrique, il ne faut pas hésiter à recourir aux émissions sanguines; on pratiquera une ou plusieurs saignées générales; on prescrira l'application d'un certain nombre de sangsues, soit aux aines, soit à l'hypogastre, des ventouses sèches ou scarifiées dans les mêmes régions pourront aussi être utilement employées. L'intensité des phénomènes inflammatoires, l'état des forces et la constitution des malades sont les circonstances auxquelles le praticien doit avoir égard pour déterminer la dose de sang qu'il convient de soustraire. Il faut, en général, n'user des émissions sanguines qu'avec beaucoup de modération, à l'égard des femmes faibles, pâles, chez lesquelles le tempérament nerveux ou lymphatique prédomine.

Que l'on ait ou non recours aux saignées générales ou locales, on soumettra les malades à l'usage d'une boisson adoucissante ou tempérante. Celles qu'on emploie le plus ordinairement, sont les infusions de fleurs de mauve ou de violettes, les décoctions d'orge, de chiendent, de graines de lin, le petit-lait, le bouillon de veau ou de poulet, l'orangeade ou la limonade, etc. On édulcore ces tisanes avec un sirop agréable, choisi d'après le goût des malades, parmi ceux de capillaire, de groseilles, de cerises ou

de limons. La quantité de tisane que doit prendre une malade, dans les vingt-quatre heures, est variable ; néanmoins elle doit être assez copieuse, à moins de quelque contre-indication du côté des organes digestifs.

Aux moyens ci-dessus indiqués, on ajoutera des bains entiers, ou des demi-bains tièdes, dont la durée sera de plusieurs heures, et qui pourront être répétés tous les jours, et même deux fois dans les vingt-quatre heures ; des cataplasmes émollients ou narcotiques, appliqués sur l'hypogastre, des injections adoucissantes ou calmantes, avec les précautions qui ont été indiquées dans le traitement de la vaginite aiguë. M. Mèlier a proposé de porter le liquide des injections jusque dans la cavité du col ou du corps de la matrice, au moyen d'une petite canule introduite par l'ouverture du museau de tanche, après avoir préalablement appliqué le speculum ; mais l'utilité de cette méthode n'est pas encore généralement admise, en ce qui concerne du moins le catarrhe utérin aigu.

Si l'on avait quelques raisons de croire que l'inflammation de la muqueuse utérine est sous la dépendance de quelque vice spécial de l'économie, on devrait recourir à des moyens appropriés, que l'on trouvera exposés au traitement de la vaginite.

§ 2. Metrite catarrhale chronique.

Cette forme de catarrhe utérin se développe sous l'influence des diverses causes indiquées à l'occasion du catarrhe utérin aigu. (*V.* plus haut.)

Symptômes. Dans la très-grande majorité des cas, la métrite catarrhale chronique est précédée d'inflammation catarrhale aiguë. Mais, au reste, primitive ou secondaire, cette affection chronique révèle son existence par des douleurs hypogastriques sourdes qui s'accroissent par une pression un peu forte, accompagnées quelquefois de tiraillements douloureux dans les lombes, les aines, les cuisses, d'envies fréquentes d'uriner et de miction pénible. A la douleur utérine se joint un autre symptôme local : nous voulons parler d'un écoulement utérin, d'une couleur d'un blanc sale ou jaunâtre, d'une consistance plus ou moins visqueuse, d'une odeur fade et nauséabonde. Ce produit sécrété ramène au bleu le papier de tournesol préalablement rougi par l'action d'un acide ; il varie beaucoup sous le rapport de l'abondance et de la viscosité selon qu'il provient du corps ou du col utérin.

En général il est peu abondant, mais très-visqueux quand il est seulement fourni par la surface du col.

L'importance symptomatique de cette sécrétion morbide nous engage à en donner les caractères physico-chimiques d'après un ouvrage récemment publié.

« La matière du catarrhe utérin est alcaline. On n'y découvre point d'animalcules, mais elle présente des lamelles d'épithélium et des globules de volume variable ; tantôt plus gros, tantôt plus petits que ceux du sang, et qui ont tous les caractères des globules muqueux.

» La couleur de la matière n'est point constamment la même ; mais en général elle a une teinte d'un blanc sale avec un reflet bleuâtre opalin. Elle est visqueuse et presque toujours plus pesante que l'eau. Mêlée avec ce liquide, tantôt elle le trouble en lui abandonnant quelques-uns des principes qui la constituent, tandis que d'autres gagnent le fond du vase dans lequel on a fait le mélange ; tantôt elle se précipite sans subir la moindre altération. Traitée par l'éther, elle lui abandonne une quantité variable de matière grasse ; elle contient quelques sels calcaires, et l'on peut y constater la présence de l'albumine en la traitant par la chaleur et par l'acide nitrique. » (Lhéritier, *Traité de chimie pathol.*, p. 641.)

La métrite catarrhale chronique coexiste presque toujours avec quelques troubles des fonctions digestives ; les malades éprouvent tantôt de la boulimie, tantôt de l'inappétence ; elles ont souvent des nausées et même vomissent dans la matinée des matières glaireuses ; il y a en un mot gastralgie.

Les douleurs utérines, et l'écoulement catarrhal prennent un accroissement manifeste avant ou après le moment des règles, sous l'influence d'un régime excitant, du coït, de l'onanisme.

Certaines femmes atteintes de catarrhe

utérin chronique sont désireuses du coït, d'autres au contraire ont une sorte de répugnance pour cet acte physique.

Le diagnostic de ce catarrhe se constate, 1° à l'aide du toucher qui est légèrement douloureux et qui apprend que le méat utérin est ouvert et son pourtour mou et gonflé; 2° par l'application du speculum qui permet de voir la membrane muqueuse du col rougie, phlogosée, et qui permet aussi de voir sortir par le méat utérin la matière de l'écoulement dont nous avons exposé les caractères spéciaux.

Le catarrhe utérin chronique peut se prolonger durant des années entières. Il se termine assez souvent par résolution. Quelquefois il disparaît, mais est remplacé par une autre maladie.

Sa persistance dans un certain nombre de cas paraît avoir donné lieu à de graves altérations de l'utérus.

Son pronostic n'acquiert de la gravité que dans l'imminence de ces dernières lésions.

Anatomie pathologique. La membrane interne de la matrice est ordinairement rouge ou brunâtre, tuméfiée, ramollie, son épithélium peut se détacher avec une facilité très-grande; il n'est pas rare de trouver des exulcérations dans le col utérin, et de voir l'orifice de ce col dilaté. Morgagni a rencontré la dilatation du col et celle des veines qui se distribuent au fond de la matrice.

Cet anatomo-pathologiste célèbre a comparé la membrane interne de l'utérus à la pituitaire affectée de coryza. (*De causis et sed. morb. Epis.* 67.)

Traitement. Lorsque les symptômes décèlent un état de sub-acuité, c'est un traitement modérément anti-phlogistique qui convient : saignées révulsives, repos au lit, abstinence du coït, régime alimentaire léger, boissons rafraîchissantes, bains, injections émollientes. (*V.* métrite catarrhale aiguë.) Mais quand le catarrhe est complétement chronique, il réclame les moyens thérapeutiques décrits à l'article leucorrhée. (*V.* ce mot.) Les injections astringentes ont ici beaucoup d'avantages à cause de la nature alcaline de la sécrétion ; il importe de laisser séjourner ces injections dans le vagin le plus longtemps possible. Hourmann n'hésitait même pas à porter un tampon d'ouate parfois saupoudré d'alun jusque dans le col utérin, et cette pratique hardie compte des succès. (V. *Journ. des connais. médic. chirur.*, mars 1841, p. 89.)

Métrite parenchymateuse simple.

La phlegmasie du tissu de l'utérus en dehors de l'état puerpéral est une affection que les auteurs s'accordent à regarder comme rare : on ne l'observe presque jamais chez les jeunes filles qui ne sont pas encore arrivées à l'époque de la puberté, ni chez les femmes qui ne sont plus menstruées; cependant M. Lisfranc dit avoir fréquemment observé la métrite aiguë pendant les premières années qui suivent la cessation des règles; selon ce praticien, l'utérus est alors plus sanguin qu'à toute autre époque de la vie (*Clinique chirurgicale*, t. II, p. 609). L'état d'inertie de la matrice à ces deux périodes de la vie des femmes rend très bien compte de son peu de disposition aux congestions inflammatoires ; mais lorsque la révolution pubère a apporté à ce viscère une organisation et une vitalité nouvelles, qu'elle a éveillé les sympathies qui le lient étroitement aux principaux appareils pendant la période de nubilité, on aurait lieu de s'étonner du peu de fréquence de la métrite, si on ne tenait pas compte de cette disposition toute spéciale du système vasculaire de l'utérus, en vertu de laquelle les congestions fluxionnaires de cet organe se terminent par des hémorrhagies qui préviennent ainsi le travail inflammatoire. Cependant, ce que nous venons de dire de la rareté de la métrite ne se rapporte qu'à la forme aiguë de cette maladie, car la métrite chronique, et surtout celle qui a spécialement pour siége le col utérin, est une affection très-commune. Nous traiterons séparément de la métrite aiguë simple et de la métrite chronique.

§ 3. Métrite aiguë.

Causes. La métrite reconnaît les mêmes causes prédisposantes que la plupart des autres phlegmasies aiguës : ce sont la jeunesse et l'âge adulte, une constitution pléthorique ou nerveuse, l'usage ha-

bituel d'aliments trop stimulants, l'abus des liqueurs alcooliques, etc. Nous n'insisterons pas sur l'énumération de ces causes qui sont celles de l'inflammation en général, sans avoir rien de spécial pour la métrite. Mais nous signalerons avec plus de détails toutes les influences dont l'action se porte directement sur l'utérus, et qui pour cela doivent seules être considérées comme les causes directes de la métrite.

Au nombre des conditions prédisposantes les plus évidentes de la phlegmasie utérine, nous devons placer les modifications qui s'opèrent dans la matrice à chaque époque menstruelle, et en effet, l'hémorrhagie périodique à laquelle les femmes sont assujetties, ne saurait s'effectuer sans avoir été précédée et sans être accompagnée d'un état d'irritation et d'un mouvement fluxionnaire plus ou moins marqué. Dans les cas où l'excitation et la congestion utérines ne dépassent pas les limites physiologiques, et quand l'écoulement du sang s'opère d'une manière régulière, tout reste dans l'ordre; mais lorsque l'afflux sanguin est trop considérable ou lorsque quelque obstacle s'oppose à la libre sortie du sang, la congestion utérine peut alors se transformer en une inflammation véritable. N'est-ce pas à une métrite développée de cette manière qu'il faut rapporter ces douleurs si vives qu'éprouvent tant de jeunes filles chez lesquelles la première menstruation a de la peine à s'établir? Souvent alors la douleur hypogastrique s'accompagne de fièvre, de divers phénomènes sympathiques, puis tous ces accidents cessent pour se reproduire de mois en mois, jusqu'à ce que l'hémorrhagie menstruelle s'effectue régulièrement. Des symptômes analogues aux précédents et qu'on est autorisé à rapporter à la même cause, ont encore souvent lieu chez certaines femmes affectées de dysménorrhée. On doit donc considérer comme une puissante prédisposition à la phlegmasie de l'utérus, l'état particulier dans lequel se trouvent les femmes pendant l'écoulement des règles, et immédiatement avant et après cette hémorrhagie. C'est dans de semblables circonstances que l'action des causes déterminantes se fait surtout sentir. Nous ne voulons pas dire pour cela que ces causes ne peuvent jamais produire la métrite dans un autre moment; mais il est certain qu'alors leur puissance est de beaucoup diminuée. L'état de grossesse est encore une condition prédisposante énergique, soit en constituant la matrice en un centre habituel de fluxion et de surexcitation, soit que le volume augmenté de cet organe l'expose davantage à l'action de certaines causes. Nous croyons devoir dire ici que nous rangeons la grossesse parmi les causes de la métrite simple, parce que cette maladie ne prend presque jamais alors la forme puerpérale; la seule circonstance qui la distingue, c'est qu'elle détermine très-souvent l'avortement ou l'accouchement prématuré.

Il nous reste maintenant à faire l'exposition des causes efficientes ou déterminantes de la métrite; on a placé en première ligne les excitants directs de la matrice, tels que l'usage immodéré du coït; cette cause peut agir soit en stimulant la sensibilité de l'utérus, soit aussi par le frottement et la contusion du col quand le membre viril est trop long ou trop gros. Cependant faisons observer que Parent Duchâtelet n'a pas signalé la métrite parmi les maladies auxquelles les filles publiques sont spécialement exposées. Viennent ensuite la privation des plaisirs de l'amour chez les femmes d'un tempérament éminemment érotique; la masturbation, les injections vaginales ou utérines irritantes; des cautérisations du col utérin trop énergiques ou trop souvent répétées. Boivin et Dugès signalent comme cause directe de métrite: « les abus par lesquels certaines femmes suppléent à l'union des sexes, surtout si l'utérus reçoit directement des chocs plus ou moins violents, soit à cause de son abaissement naturel, soit par des circonstances étrangères à cet organe même. Nous avons vu la matrice affectée d'altérations fort graves et primitivement inflammatoires chez des femmes qui n'étaient coupables que d'une dégoûtante complaisance pour un mari dépravé, ce viscère ayant reçu alors des chocs plus rudes, quoique moins immédiats à travers les parois du rectum.» (*Traité prat. des malad. de l'utérus*, t. II, p 200.)

La métrite aiguë peut encore être déterminée par un autre ordre de causes qui n'agissent pas aussi directement sur la matrice, mais dont les effets ont cependant été observés quelquefois ; ce sont : l'application de corps froids sur l'hypogastre, la vulve ou la partie supérieure des cuisses; l'ingestion de boissons froides lorsque le corps est en sueur ; les violentes émotions morales ; les fatigues excessives, etc. : toutes ces causes agissent le plus souvent pendant la période des règles, en supprimant brusquement l'écoulement du sang. On a vu encore plus d'une fois la métrite survenir à la suite d'injections astringentes qui avaient arrêté un écoulement leucorrhéique abondant. D'autres fois l'inflammation d'un organe voisin, comme le vagin, la vessie, le rectum, se propage jusqu'à l'utérus ; dans un cas rapporté par Dance (*Archives*, octobre 1829), la métrite se manifesta chez une petite fille de huit ans, consécutivement à une péritonite chronique : doit-on admettre, au nombre des causes de la métrite aiguë, comme l'ont fait quelques auteurs, les vices syphilitique, herpétique, rhumatismal, etc. ? On ne pourrait répondre à cette question que d'une manière conjecturale ; nous ne connaissons pas de faits propres à démontrer cette opinion.

Lorsque la matrice est chargée du produit de la conception, son volume et son poids la disposent à recevoir l'action des violences extérieures, comme les chutes sur les pieds ou le siége, les percussions sur la région hypogastrique, les blessures, etc. ; mais dans l'état de vacuité, cet organe, profondément situé dans l'excavation pelvienne et protégé par plusieurs viscères, devrait être presque entièrement à l'abri de ce genre de causes : cependant les auteurs rapportent que la métrite a été quelquefois déterminée par leur action. Néanmoins il arrive bien plus souvent que cette maladie soit la conséquence d'opérations chirurgicales pratiquées sur le col ou le corps de l'utérus, comme l'excision ou la ligature d'un polype ; l'ablation d'une partie ou de la totalité du col, l'application d'un pessaire, lorsqu'il existe déjà de l'irritation, etc. Terminons enfin l'énumération des causes de la métrite en signalant comme une des plus puissantes et malheureusement trop fréquentes, les manœuvres tentées soit par des moyens vulnérants, soit par des breuvages emménagogues, dans l'intention criminelle de provoquer l'avortement. Nous avons observé récemment un cas de ce genre qui a conduit la femme aux portes du tombeau.

Symptômes. « Les symptômes de l'inflammation aiguë de l'utérus sont très-différents lorsqu'ils sont bornés au col ou qu'ils affectent à la fois le col et le corps de la matrice. L'inflammation partielle du col se montre principalement à la suite des premières approches ou après un accouchement laborieux. Lorsqu'elle est due à cette dernière cause, les phénomènes qu'on observe sont une douleur plus ou moins vive que la malade ressent au fond du vagin ; un écoulement de sang ou de mucus sanguinolent qui se prolonge au delà du terme ordinaire ; un gonflement du col, perceptible au toucher, et quelquefois des déchirures profondes, qui dénotent à la fois la cause, le siége et la nature du mal. Quand l'inflammation aiguë du col survient à la suite des premières approches, cet organe est seulement gonflé, chaud, très-sensible au plus léger contact. Dans beaucoup de cas, l'inflammation partielle n'entraîne pas de mouvement fébrile, à moins qu'elle ne soit très-intense, et vraisemblablement alors elle s'étend à une partie du corps. Cette espèce de métrite se termine presque toujours d'une manière heureuse ; elle est exempte d'un danger prochain ; sa durée peut être longue ; elle devient quelquefois l'origine d'une métrite chronique. » (Chomel, *Dict. de Médecine*, t. XIV, p. 275).

La métrite partielle ne se distingue pas seulement en celle qui occupe le col ou le corps de l'utérus, il peut se faire que la phlogose demeure bornée à une seule région du corps de cet organe ; mais avouons qu'il est fort difficile, sinon impossible, de reconnaître ces métrites partielles par la considération des symptômes. Toutefois, Paul d'Égine qui a admis plusieurs variétés de métrite en raison du siége que la phlegmasie occupe dans l'utérus, avance que la douleur se fait particulière-

ment sentir aux lombes, et que les matières fécales sont retenues dans l'intestin par suite de la compression éprouvée par le rectum, lorsque l'inflammation est limitée aux parties postérieures de l'utérus; que la métrite de la région antérieure est caractérisée par une douleur pubienne accompagnée de difficulté dans l'excrétion urinaire, et que, si le fond seul de la matrice est enflammé, il existe une vive douleur avec tuméfaction dans la région ombilicale. Nous pensons que des observations ultérieures sont nécessaires pour confirmer cette manière de voir.

Selon Boivin et Dugès (*loc. cit.*, t. II, p. 201), la métrite aiguë légère est souvent latente ou marquée par des phénomènes sympathiques. Dans cet état elle peut se réitérer fréquemment et passer à l'état chronique ; mais, lorsque la phlegmasie est intense et étendue, elle se décèle par un ensemble de symptômes locaux et généraux ordinairement très-marqués. Dans la plupart des cas, elle est annoncée par un ou plusieurs frissons, auxquels succède bientôt une chaleur plus ou moins vive. Quelquefois la douleur est le premier phénomène apparent ; que la douleur soit ou non précédée de frisson, elle est ressentie derrière le pubis plus profondément que si la vessie en était le siége. De ce point de départ, elle s'attache aux parties voisines, aux lombes, à la vulve, aux cuisses, etc.; la douleur est obtuse, gravative, exacerbante, et s'accompagne d'un sentiment de pesanteur sur le siége, qui invite la femme à faire des efforts comme pour l'excrétion des matières fécales. La région hypogastrique, légèrement tendue, ne peut être soumise à la pression sans qu'il en résulte une augmentation notable dans les souffrances de la malade. Du reste il est rare qu'on puisse y découvrir, comme dans la métrite puerpérale, une tumeur globuleuse. (Boyer, *Traité des malad. chir*, t. X, p. 464). Presque toujours il existe de la dysurie, du ténesme vésical et de la constipation. L'exploration du col par le toucher vaginal fait reconnaître de la chaleur, du gonflement dans cette partie lorsqu'elle participe à la phlegmasie ; de plus, si on veut soulever l'utérus avec le doigt, on le trouve plus lourd et plus volumineux que dans l'état naturel. « Loin de donner lieu à un écoulement utéro-vaginal abondant, la métrite aiguë est fréquemment la cause de la suppression ou de la diminution des sécrétions catarrhales dont l'utérus était le siége avant le début de l'inflammation. Aussi ne voit-on apparaître, pendant la durée de cette phlegmasie, qu'une très-petite quantité de fluide séreux, sanguinolent ou purulent. Plus tard, quand la phlegmasie décroît, l'utérus et le vagin fournissent des liquides semblables à ceux qui s'observent dans le catarrhe utéro-vaginal aigu ou chronique. » (Blatin et Nivet, *Traité des maladies des femmes*, etc., p. 339.)

A ces symptômes locaux s'ajoutent des phénomènes généraux proportionnés à l'intensité et à l'étendue de la phlegmasie, à l'importance de l'organe malade et à la vivacité des sympathies qui le lient aux autres viscères. La peau est chaude et le plus souvent sèche ; le pouls élevé, fréquent, dur, quelquefois concentré ; la face est ordinairement animée, vultueuse; dans quelques cas elle est pâle et exprime l'anxiété. Il existe de la céphalalgie, des douleurs dans le fond des orbites, au sinciput, dans les articulations. « Quant aux douleurs sympathiques des mamelles dont quelques auteurs ont parlé, elles sont tellement rares qu'on pourrait croire qu'elles ont été supposées en théorie plutôt qu'observées au lit des malades. » (Chomel, *Ouv. cit.*, p. 277.) M. Lisfranc ne pense pas que les douleurs sympathiques des seins soient aussi rares ; il les a observées un grand nombre de fois (*Clinique citée*, p. 612). Des nausées, des éructations, des vomissements se manifestent à diverses époques de la maladie et fatiguent beaucoup les malades par les secousses qui en résultent.

D'autres symptômes moins constants que ceux que nous venons de signaler accompagnent parfois la métrite aiguë simple. Ce sont des phénomènes de réaction sympathique du côté du système nerveux, tels que du délire sous différentes formes, des spasmes, des mouvements convulsifs, des soubresauts des tendons, un resserrement au gosier, des accès de dyspnée, de l'abattement, enfin la plupart des symptômes hystériques. Dans un cas observé

par Dugès sur une jeune fille de seize ans, les accidents spasmodiques étaient tellement prédominants, que la maladie fut méconnue pendant quelque temps et prise pour une fièvre maligne ; cependant on reconnut une métrite à la douleur et à la sensibilité des hypogastres et des aines.

Voici cette observation : « Une fille, âgée au plus de seize ans, mais grande, robuste, sanguine, n'était cependant point réglée encore, lorsqu'elle fut prise d'une affection fébrile que caractérisèrent surtout des symptômes cérébraux et des spasmes ; ainsi état continuel d'hébétude, souvent délire mais sans fureur, mouvements convulsifs variés, soubresauts des tendons, yeux égarés et roulant irrégulièrement dans l'orbite. Ces symptômes joints aux variations du pouls et des autres phénomènes fébriles, avaient donné l'idée d'une fièvre maligne, et leur augmentation graduelle avait fait porter le plus fâcheux pronostic ; on désespérait de sa vie. MM. Jaumes et Réné, docteurs très-instruits à Montpellier, avaient combattu cet état par des antispasmodiques ; ils avaient aussi attaqué par des émollients et des sangsues les douleurs dont l'abdomen paraissait être le siége. Déjà instruits par leurs observations, je remarquai en outre que la sensibilité du ventre était surtout considérable vers l'hypogastre ; que là on sentait profondément de la résistance, une sorte de tumeur fugitive, que la douleur s'étendait principalement aux aines, et que le reste du ventre semblait n'être tuméfié et douloureux que par diffusion d'une maladie inflammatoire dont le siége réel pouvait être présumé dans le bassin. Outre les phénomènes spasmodiques déjà mentionnés, j'en signalai d'autres, tels que le resserrement du gosier, l'oppression passagère, etc., qui me parurent plus décidément hystériques et me firent juger que tout ce cortége d'effrayants symptômes était sous la dépendance d'une métrite. En conséquence, sans abandonner l'emploi des antispasmodiques, de l'asa-fœtida en lavement, de l'opium, et même de l'éther, nous insistâmes particulièrement sur les demi bains, les cataplasmes à l'hypogastre, de larges applications de sangsues au-dessus du pubis et aux aines ; un amendement notable suivit de près ces médications : à l'opium nous associâmes le mercure doux pour contrebalancer ses effets sur le canal intestinal et dissiper la constipation, le météorisme ; l'huile de ricin fut aussi plusieurs fois administrée avec le même avantage ; mais c'est surtout aux pilules d'opium et de mercure doux qu'on attribua les effets les plus favorables. J'avais cessé de voir cette fille dont la convalescence paraissait assurée ; cependant j'appris par les parents que, durant une quinzaine de jours encore, elle avait éprouvé bien du malaise, mais que l'établissement de la menstruation avait, à cette époque, enlevé jusqu'aux moindres restes du mal.) (*Ouv. cité*, t. II, p. 202.)

Marche, durée, terminaison. La métrite aiguë simple affecte une marche continue et progressive avec des exacerbations qui se manifestent généralement le soir. Sa durée est variable. Dans les cas légers, la terminaison favorable peut avoir lieu après un petit nombre de jours. Lorsque la maladie est plus intense, elle dure communément deux à trois septénaires. La résolution et le passage à l'état chronique sont les terminaisons les plus fréquentes de la métrite simple. La première et la plus favorable s'observe particulièrement chez les femmes dont la santé était habituellement bonne avant leur maladie ; elle est annoncée par la diminution graduelle des symptômes locaux et généraux. On a lieu de redouter, au contraire, le passage à l'état chronique lorsque les accidents, après s'être amendés, demeurent stationnaires pendant un temps qui dépasse la durée habituelle de la maladie dans sa forme aiguë. Quant à la terminaison par suppuration, elle est excessivement rare dans la métrite simple, à moins que la maladie n'ait été amenée par des causes traumatiques ; les accidents qui la signalent ne diffèrent pas de ceux qui seront mentionnés en traitant de la métrite puerpérale. Il est peut-être sans exemple qu'on ait observé la gangrène dans la maladie qui nous occupe.

Diagnostic. Par ses symptômes locaux, la métrite pourrait être confondue avec l'ovarite, la cystite, la péritonite ; mais cependant dans la plupart des cas on par-

viendra à établir un diagnostic assuré. Outre que l'ovarite ne se développe guère que dans l'état puerpéral, elle donne lieu à une douleur et à une tumeur qui siégent plus particulièrement sur un des côtés du bassin, vers la fosse iliaque; il est rare que les symptômes généraux et sympathiques soient aussi développés que dans la métrite. Dans la cystite la douleur est plus superficielle que dans la métrite; elle est en même temps plus localisée, ou, si elle s'étend, c'est particulièrement dans le trajet des uretères. Enfin il existe du côté de la sécrétion et de l'excrétion urinaires des signes caractéristiques. Du reste, le toucher vaginal en faisant connaître l'état du museau de tanche, éclairera singulièrement le diagnostic. Quant à la péritonite qui existe quelquefois comme complication de la métrite simple, ses caractères différentiels seront indiqués dans le chapitre de la métrite puerpérale.

Par les symptômes sympathiques, la métrite ressemble plus ou moins à plusieurs affections. Nous avons vu par l'observation de Dugès qu'elle avait été confondue avec la fièvre ataxique; dans quelques cas la prédominance de la nature des spasmes pourrait faire croire à des accidents hystériques, mais nous croyons qu'un observateur attentif, en explorant la région de la matrice, en pratiquant le toucher, et en considérant la marche et la succession des symptômes, pourra toujours se mettre à l'abri de semblables erreurs.

Pronostic. Le pronostic de la métrite simple est infiniment moins grave que celui de la métrite puerpérale, et ce n'est pas là une des moindres différences qui existent entre ces deux états morbides. Limitée au col ou à une portion circonscrite de l'utérus, la métrite ne fait courir aucun danger; elle est beaucoup plus grave, quoique rarement mortelle, lorsqu'elle est générale. Ce qu'il y a de plus à craindre, c'est la terminaison par l'état chronique et par suite toutes les dégénérescences que peut entraîner cet état. Notons comme un des fâcheux effets de la métrite aiguë, la marche plus rapide qu'elle imprime aux altérations organiques préexistantes. Toutefois la métrite aiguë peut par elle-même causer la mort lorsqu'elle est très-violente, et alors cette funeste issue arrive, soit au milieu des phénomènes d'une excessive réaction, soit après les accidents de la suppuration. Souvent la mort est due à l'extension de la phlegmasie au péritoine.

« L'inflammation de la matrice qui survient pendant la grossesse semble devoir entraîner inévitablement l'avortement ou l'accouchement avant terme, la mort du fœtus, et souvent aussi celle de la mère. Mais cette espèce de métrite, qu'il est fort rationnel d'admettre, et que des causes extérieures peuvent certainement produire, est encore peu connue. » (Chomel, *loc. cit.*, p. 278.)

Anatomie pathologique. Les occasions de faire l'autopsie de femmes qui ont succombé à la métrite aiguë simple, sont si rares que c'est sous forme dubitative que Boivin et Dugès assimilent les altérations que cette maladie laisse après elle à celles de la métrite puerpérale. « Quant aux désordres que laisserait, dans l'utérus et les parties voisines, une métrite simple mais aiguë et mortelle, *il est probable* qu'ils seraient fort semblables à ceux que nous offrira la métrite puerpérale bien plus exactement étudiée dans ces derniers temps. » (*Loc. cit.*, t. II, p. 204.) Comme les auteurs que nous venons de citer, nous renvoyons le lecteur, pour les détails, au chapitre de la métrite puerpérale; faisant observer seulement ici, que les altérations le plus communément rencontrées se bornent à un état de gonflement, de tuméfaction de l'utérus dont le tissu est plus ou moins ramolli, plus rouge et pénétré d'une quantité de sang plus grande que dans l'état normal; dans quelques cas ce tissu est grisâtre, infiltré de pus ou même contient un ou plusieurs abcès.

Traitement. Le traitement de la métrite aiguë simple est basé sur les mêmes principes que celui des autres inflammations parenchymateuses; c'est dire que les agents antiphlogistiques doivent en faire à peu près tous les frais. Dans les cas légers et spécialement dans ceux où la métrite est bornée au col, il suffit le plus souvent pour obtenir la guérison, de prescrire le repos dans le décubitus

horizontal, de soumettre les malades à une diète plus ou moins sévère, à l'usage des boissons rafraîchissantes et des injections émollientes. Mais quand l'inflammation plus étendue et plus intense s'annonce par une vive douleur et par une forte fièvre, il ne faut pas hésiter à recourir aux émissions sanguines. Dans ces cas graves la saignée générale est unanimement recommandée par les auteurs; presque tous aussi s'accordent pour préférer la phlébotomie du bras à celle du pied. Pour doser la quantité de sang qu'on doit extraire par la saignée, on tiendra compte de l'état des forces de la malade, et de l'intensité des phénomènes morbides. Dans quelques cas une saignée est suffisante, mais dans d'autres il est nécessaire de recourir à cette opération deux, trois ou même quatre fois. Ici, comme dans la plupart des inflammations, la saignée est d'autant plus efficace qu'elle est pratiquée à une époque plus rapprochée du début.

Presque toujours on se trouve bien d'adjoindre les saignées locales aux saignées générales. « L'application des sangsues (dont le nombre doit être proportionné aux forces du sujet et à l'intensité des accidents) ne se fera pas toujours au même lieu avec les mêmes avantages. Ainsi l'inflammation s'est-elle propagée au vagin, la douleur est-elle très-vive vers le col de la vessie, on doit présumer que le col utérin est plus particulièrement affecté; c'est aux lèvres de la vulve, à la partie interne et supérieure des cuisses, au pourtour de l'anus, qu'il faut fixer les sangsues; trouve-t-on au contraire l'hypogastre tuméfié et fort douloureux, la douleur s'étend-elle vers les aines en se propageant aux trompes, aux ovaires, aux cordons sus-pubiens? c'est le fond qui souffre plus spécialement, et on le soulagera d'une manière plus directe en pratiquant la saignée capillaire sur la peau qui couvre les anneaux inguinaux, là où les cordons sus-pubiens sortent des parois abdominales pour s'épanouir dans le tissu graisseux du mont de Vénus et des grandes lèvres. » (Boivin et Dugès, *loc. cit.*, p. 205.) Les ventouses scarifiées peuvent dans beaucoup de cas remplacer les sangsues. Indépendamment de l'utilité des saignées capillaires employées concurremment avec les saignées générales, il est des cas où il ne faut avoir recours qu'à elles seules, soit en raison du peu d'acuité des symptômes, soit parce que les malades sont faibles. Quelquefois même on doit s'abstenir de toute saignée chez des femmes anémiques ou qui ont perdu beaucoup de sang avant leur maladie.

Les préceptes que nous venons d'indiquer relativement aux saignées locales, bien qu'admis par presque tous les auteurs, sont combattus par M. Lisfranc, qui bannit entièrement les saignées locales du traitement de la métrite: « parce que, dit-il, posées même en grand nombre, autour du bassin, les sangsues y occasionnent fréquemment des congestions de sang à cause de l'habitude qu'a contractée ce liquide de se porter vers ce point; ces congestions se font surtout observer lorsque l'on est obligé de réitérer l'application des annélides. » (*Ouv. cité*, t. II, p. 618.) Ainsi donc, M. Lisfranc s'en tient exclusivement à la phlébotomie du bras; il conseille d'abord la saignée spoliative, puis, il la fait suivre de saignées dérivatives (de 90 à 180 grammes) auxquelles il reconnaît l'avantage d'attirer le sang dans les régions sus-diaphragmatiques.

On conseillera aux malades de tenir les membres inférieurs fléchis sur le bassin afin d'éviter la compression des muscles abdominaux sur l'organe enflammé; on leur fera prendre pour tisane des préparations douces ou légèrement acidulées, comme la décoction de chiendent, d'orge; l'infusion de fleurs de mauve, de pariétaire, de violettes, etc.; le petit-lait, l'émulsion d'amandes douces ou bien encore la solution dans de l'eau d'un sirop agréable, comme celui de capillaire, de gomme, de cerises. Tant que durera une réaction fébrile prononcée, la diète complète devra être observée, mais sitôt que la fièvre aura cédé on accordera un peu de bouillon léger. Les topiques externes ne doivent pas être négligés; on recouvrira le ventre et les organes extérieurs de fomentations ou de cataplasmes émollients ou rendus narcotiques par l'addition de laudanum ou de décoction de têtes de

pavots ; des injections vaginales de même nature seront recommandées. Presque tous les auteurs s'accordent à prescrire les bains tièdes généraux ou de siége, mais, selon les observations de M. Duparcque, ils seraient plus nuisibles qu'utiles, en raison des mouvements qu'ils nécessitent ; les mêmes reproches ne peuvent pas être adressés aux fumigations ou aux bains de vapeurs humides, administrés dans le lit de la malade.

Il est de la plus haute importance de surmonter la constipation, symptôme presque constant de la maladie qui nous occupe. On remplira cette indication en administrant par l'estomac ou en lavements, des laxatifs ou des purgatifs doux, comme l'huile de palma-christi, le calomélas, quelques sels neutres, le miel de mercuriale, etc.

« Lorsque la métrite donne lieu à des accidents nerveux, à des douleurs vives, ou à une insomnie rebelle, il est utile de prescrire des calmants et des narcotiques. Une potion renfermant un huitième de grain, à un demi-grain d'acétate ou d'hydrochlorate de morphine, et six à douze gouttes d'éther sulfurique, ou des pilules contenant un quart de grain ou un demi-grain d'extrait aqueux d'opium, calment quelquefois ces accidents ; et lorsque les vomissements s'opposent à l'emploi des moyens internes, on peut employer les préparations de morphine par la méthode endermique, ou le laudanum administré dans un lavement. » (Blatin et Nivet, *ouv. cité*, p. 346.)

Lorsque les accidents de l'état aigu sont fort amendés, et que cependant la résolution complète se fait trop longtemps attendre, on doit recourir à la médication révulsive ; on fera des frictions sèches ou irritantes sur les membres, on placera un exutoire à la partie interne et supérieure des cuisses, etc. Ces moyens seront plus amplement exposés dans le traitement de la métrite chronique.

« Lorsque la métrite finit heureusement, il n'est pas rare que les règles soient retardées et ne reparaissent qu'à la deuxième ou troisième époque. Il serait imprudent de conseiller dans cette circonstance les emménagogues ; ces médicaments qui sont tous plus ou moins stimulants, pourraient devenir nuisibles. » (Boyer, *loc. cit.*, t. x, p. 474.)

§ 4. Métrite chronique.

La métrite chronique est beaucoup plus fréquente que la métrite aiguë ; tantôt elle succède à cette dernière affection dont elle est un des modes de terminaison, tantôt elle est primitive et se manifeste dès l'origine avec les caractères qui lui sont propres ; de même que la phlegmasie aiguë, elle peut envahir la totalité de l'utérus ou être limitée à une région plus ou moins circonscrite de ce viscère. La métrite partielle du col est la plus fréquente.

Causes. On observe communément la métrite chronique depuis la vingtième jusqu'à la quarantième année ; elle est très-rare chez les jeunes filles impubères et chez les vieilles femmes ; cependant M. Lisfranc avance qu'elle est extrêmement fréquente à l'époque de la cessation des règles et pendant un temps assez long après cette cessation (*Cliniq. chirur.*, t. II, p. 628). Les femmes dont la menstruation est douloureuse ou irrégulière, celles qui ont eu un grand nombre d'enfants ou de fausses couches, y sont plus spécialement exposées. Selon Boivin et Dugès, le tempérament lymphatique et surtout une enfance scrofuleuse y prédisposent immédiatement (ouvr. cité, t. II, p. 269). Dans quelques cas, elle paraît devoir être rapportée à une métastase dartreuse ou rhumatismale. Quant à l'action du virus syphilitique sur la production de la métrite chonique, révoquée en doute par quelques auteurs, elle est au contraire admise avec certitude par d'autres. « On semble douter, dit M. Lisfranc, que le virus vénérien puisse occasionner cette maladie. J'ai vu un grand nombre de cas qui ne me permettent point de partager ce doute ; l'affection morbide avait résisté aux moyens ordinaires : j'employai les mercuriaux unis aux sudorifiques ; j'obtins des succès complets et ordinairement même très-prompts. » (*Loc. cit.* p. 628.) La résolution d'une métrite chronique sous l'influence des mercuriaux ne paraîtra pas, à tous les praticiens, suffisante pour ad-

mettre la nature syphilitique de cette phlegmasie.

Les causes déterminantes de la métrite chronique sont absolument les mêmes que celles que nous avons indiquées comme pouvant faire naître le catarrhe utérin et la métrite aiguë; pour éviter des redites fastidieuses, nous renvoyons le lecteur aux articles de ce volume consacrés à ces deux affections; nous mentionnerons seulement les émotions morales tristes et prolongées comme donnant lieu plus souvent à la métrite chronique.

Symptômes. Les malades accusent une douleur sourde, obscure, profonde dans la région hypogastrique, elles éprouvent en même temps une sensation désagréable de chaleur et de pesanteur dans le bassin. La douleur hypogastrique est notablement augmentée par la marche, le saut, la station debout ou assise, les efforts pour aller à la selle, et elle devient aussi plus vive à chaque retour de l'époque menstruelle. « Un fait très-remarquable, dit M. Lisfranc, est le suivant : Un grand nombre de femmes ne souffrent pas en voiture; si elles marchent, elles éprouvent d'assez fortes douleurs; chez d'autres personnes on observe le contraire. » (*Loc. cit.*, p. 629.) Souvent il arrive que sous l'influence de quelque cause excitante et même sans cause appréciable, les douleurs du bassin s'exaspèrent passagèrement; la maladie prend alors la forme aiguë pour un ou plusieurs jours, il existe du malaise général, un mouvement fébrile plus ou moins marqué et une sensibilité hypogastrique assez développée.

L'état d'engorgement dont l'utérus est le siége, l'augmentation de volume et de poids qui en résulte causent presque toujours, selon Boivin et Dugès, un certain degré d'abaissement de cet organe avec ou sans déviation; de là, par suite de la compression exercée sur les parties voisines, les tiraillements douloureux dans les aines, dans les lombes, les engourdissements pénibles dans les cuisses, les douleurs sur le trajet du nerf sciatique que les malades ressentent lorqu'elles sont debout et qui cessent habituellement dès qu'elles ont pris la position horizontale. La même cause produit encore du ténesme et de la constipation et un besoin fréquent de rendre les urines. Quelquefois la métrite chronique s'accompagne de douleurs sympathiques dans les glandes mammaires.

La phlegmasie chronique de la matrice peut exister avec l'absence complète d'écoulement par l'orifice vulvaire, néanmoins dans le plus grand nombre des cas, cet écoulement a lieu; tantôt il est léger, et en quelque sorte intermittent, tantôt il est continuel et abondant; la matière qui le compose offre un aspect très-variable; parfois incolore et transparente; d'autres fois plus ou moins opaque et épaisse avec une coloration blanchâtre, grisâtre, jaunâtre, etc. Assez souvent le liquide qui s'écoule par la vulve est mélangé d'une certaine quantité de sang, et, dans quelques cas même, on a vu des hémorrhagies utérines plus ou moins abondantes.

La menstruation peut rester normale et régulière; mais dans le plus grand nombre des cas, elle est dérangée, irrégulière, douloureuse; quelques femmes perdent moins de sang que de coutume; d'autres en perdent davantage, ont même de véritables pertes utérines. Enfin, il n'est pas rare d'observer une aménorrhée complète.

La métrite chronique est une de ces affections dans lesquelles le toucher fournit les données les plus importantes : Boivin et Dugès nous paraissent avoir savamment indiqué tout le parti qu'on peut tirer de ce genre d'exploration dans la maladie qui nous occupe; nous ne pensons pas pouvoir mieux faire que de reproduire ce qu'ils en ont dit : « Le toucher donne des indices propres à faire constater les déplacements dont il a été question plus haut, et surtout l'abaissement; mais il fait reconnaître en même temps un gonflement dont on apprécie aisément l'intensité, s'il est borné au col et au museau de tanche. On sent alors les lèvres plus épaisses, plus arrondies, quelquefois plus prolongées que de coutume, l'orifice en paraît souvent plus excavé, plus infundibuliforme. La consistance varie, mais elle est toujours plus grande qu'à l'état normal, et c'est ce dont on

s'assure bien nettement quand une des lèvres du col, ou bien une de ses moitiés latérales est seule affectée, la partie opposée conservant son volume et sa consistance ordinaires. On peut constater aussi alors que la douleur du contact ne se produit que du côté malade, et que là aussi il y a un peu plus de chaleur; dans les engorgements partiels, on peut sentir aisément que l'engorgement, quoique dur à son centre, perd de sa consistance à mesure qu'on s'approche des parties saines; en un mot, qu'il est mal circonscrit. Dans quelques circonstances, l'engorgement partiel du col remonte assez haut, et jusque dans une portion du corps de la matrice, et cet état coïncide avec des douleurs rapportées à un seul côté du bassin. Les annexes, le ligament large, etc., sont souvent malades en pareil cas. Une des régions du corps de l'utérus est parfois isolément affectée, ou bien ce corps est induré en entier sans que le col soit malade; alors on sent la dureté et le gonflement en forçant l'élasticité du fond du vagin au moyen du doigt poussé sur les côtés du col ou bien devant ou derrière le museau de tanche; on n'excite alors de douleurs que quand le doigt presse sur le point engorgé et dur. Cette sensibilité à la pression est assez essentielle à noter, car le corps de l'utérus à l'état normal offre une consistance assez grande, et chez certains sujets, il dépasse assez en volume le col qui le supporte pour induire en erreur ou laisser dans l'incertitude, si l'on ne s'en rapporte qu'aux résultats directs de l'exploration. Il est à remarquer que dans les engorgements partiels, la portion malade est souvent plus accessible que les autres, sans doute parce qu'elle a incliné de son côté le fond de la matrice, en raison de son accroissement de pesanteur. Au reste, chez les femmes maigres, on peut encore joindre utilement au toucher vaginal la palpation de l'hypogastre : on peut ainsi constater le gonflement, la sensibilité du fond de l'organe, s'il est seul malade; on peut fixer l'utérus entre les deux mains et en apprécier à peu près l'augmentation dans le sens vertical s'il est engorgé dans toute son étendue. Pour terminer ce sujet, nous ajouterons que le toucher rectal peut éclairer les cas douteux où la métrite partielle occupe surtout la paroi postérieure, et que pour celle de la paroi antérieure, elle est plus facile à atteindre par le vagin, et serait peut-être confirmée dans certains cas, par l'introduction d'une sonde dans la vessie, moins pour constater la saillie que l'utérus pourrait faire de ce côté, que pour explorer la sensibilité par des pressions circonspectes. » (*Ouv. cité.*, t. II, p. 275.) L'engorgement utérin n'est pas toujours accompagné de l'augmentation de consistance, comme l'avancent les auteurs que nous venons de citer : il est des cas, au contraire, où en même temps qu'il existe manifestement une phlegmasie chronique, la consistance du col utérin est notablement diminuée, et alors la sensation que le toucher fait éprouver, a été comparée par M. Lisfranc à celle que produit le contact d'un lipôme non dégénéré, ou le sein d'une jeune femme morte rapidement. Le volume de l'utérus atteint de cet engorgement mou est ordinairement plus considérable que dans les cas d'induration; selon M. Lisfranc, il peut acquérir le même degré que chez une femme enceinte de six semaines. Du reste, dans beaucoup de cas, l'engorgement mou passe insensiblement à l'état d'induration.

L'exploration par le speculum est encore un mode d'investigation qu'il ne faut pas négliger. Outre qu'elle confirme les résultats obtenus par le toucher, en ce qui concerne l'augmentation de volume et la disposition du col utérin, elle fait aussi connaître la coloration de cette partie qui est rouge, brunâtre ou violacée dans l'engorgement mou, et qui présente une couleur rosée superficielle ou une simple arborisation sur un fond blanchâtre dans l'engorgement avec induration.

Chez un certain nombre de femmes la métrite chronique ne se révèle que par les symptômes dont il vient d'être parlé, et il n'est pas rare de voir ces malades conserver, pendant longtemps, de l'embonpoint, de la fraîcheur, enfin toutes les apparences de la santé. Cependant, dans les cas les plus ordinaires, la face devient pâle, fatiguée; les malades perdent leurs forces en maigrissant beaucoup; elles

éprouvent des malaises épigastriques, des nausées, des vomissements, du trouble dans les digestions ; elles ne peuvent se tenir debout pendant quelques instants sans ressentir des douleurs lombaires et une fatigue inexprimable ; l'innervation s'exalte chez les malades nerveuses ; elles deviennent impatientes, irrascibles; souvent elles éprouvent des spasmes, des bâillements, des palpitations et d'autres symptômes d'hystéricisme, et, chose remarquable, ce cortége de phénomènes sympathiques peut exister avec des douleurs hypogastriques très-légères ou même presque nulles.

Marche, *durée*. Les symptômes qui constituent la métrite chronique, se manifestent d'une manière continue, seulement à des époques irrégulières et quand une cause excitante vient à agir, ou plus souvent à chaque apparition des règles; ils acquièrent un plus grand degré d'intensité dont la durée dépasse rarement quelques jours. La durée de cette maladie ellemême est extrêmement variable ; elle peut être courte, lorsqu'un traitement rationnel a été mis en usage dès le principe ; mais elle peut aussi demeurer stationnaire pendant un temps fort long chez les femmes qui restent exposées à l'influence des causes qui l'ont produite, et chez celles qui ne veulent pas ou ne peuvent pas se soumettre aux agents hygiéniques et thérapeutiques propres à combattre la phlegmasie chronique de la matrice. M. Lisfranc rapporte avoir vu la métrite chronique se prolonger, sans augmentation ni diminution, pendant dix, douze, quinze ans, et même davantage.

Diagnostic. Nous allons successivement passer en revue les différents états morbides qui offrent quelque ressemblance avec la métrite chronique et que l'on pourrait confondre avec cette affection, et nous tâcherons d'indiquer, pour chacun d'eux, les principaux caractères différentiels.

Catarrhe utérin. Ici les douleurs sont plus circonscrites dans la région hypogastrique ; elles sont moins incommodes ; l'écoulement est constant et ordinairement beaucoup plus abondant que dans la métrite parenchymateuse ; l'exploration par le speculum ou par la palpation hypogastrique ne fait reconnaître aucun engorgement dans le corps ni dans le col de la matrice.

Grossesse commençante. Le diagnostic peut parfois être difficile, parce que, d'une part, l'aménorrhée et certains désordres digestifs ont quelquefois lieu dans la métrite, et que, d'autre part, on observe chez quelques femmes, au début de leur grossesse, des douleurs hypogastriques, des tiraillements dans les lombes et dans les aines. Voici, d'après MM. Blatin et Nivet, les meilleurs signes diagnostiques : « On doit surtout, quand la femme s'est exposée à devenir enceinte, prendre en considération : 1° la coloration violacée de la muqueuse génitale qui s'étend, nonseulement au col utérin, mais encore au vagin et à la vulve ; 2° la forme du museau de tanche, qui diminue de longueur et s'évase à sa partie supérieure à mesure que la grossesse fait des progrès ; 3° le développement des seins qui deviennent plus volumineux et plus fermes.

» Dans l'engorgement, au contraire, la teinte rouge foncée est ordinairement bornée au museau de tanche. Cette partie augmente en volume dans toutes les dimensions, et les seins se flétrissent ou ne présentent aucune modification manifeste.

» Après le troisième mois, le toucher vaginal, l'auscultation, l'élévation de l'utérus, le ballottement, les mouvements spontanés du fœtus éclairent suffisamment le diagnostic pour que toute cause d'erreur disparaisse. » (*Loc. cit.*, p. 359.)

Engorgement squirrheux. Il ne faut pas attacher une trop grande importance aux douleurs lancinantes, comme signe distinctif ; car, non-seulement ces douleurs peuvent manquer dans le squirrhe, mais encore elles peuvent avoir lieu dans la métrite chronique. Les autres troubles fonctionnels ne présentent non plus, dans les deux cas, aucune différence bien caractéristique. Les bases du diagnostic devront être cherchées 1° dans la considération de l'âge des malades, dans les circonstances commémoratives ; si l'hérédité cancéreuse existe, ce sera déjà une forte présomption en faveur de la nature squirrheuse de l'engorgement utérin ; 2° dans les signes fournis par le toucher et le speculum. Le squirrhe confirmé présente au

toucher des inégalités, des bosselures dures ou molles et reposant sur un fond induré ; il est mieux circonscrit que l'engorgement inflammatoire et cause moins de douleurs pendant l'exploration. Il importe beaucoup de ne pas confondre avec les bosselures squirrheuses les inégalités qui existent autour de l'orifice utérin, chez les femmes qui ont eu des enfants; ces dernières se distinguent par leur siége, et parce qu'elles ont conservé la consistance normale du tissu de la matrice. Examiné au speculum, il paraît moins rouge que l'engorgement de la métrite ; toutefois, ce dernier signe ne paraît pas d'une grande valeur à M. Duparcque, qui avance que, dans l'engorgement simple comme dans le squirrhe, le museau de tanche présente une couleur rosée superficielle, ou une simple arborisation sur un fond blanchâtre. (*Traité des maladies de la matrice*, t. I, p. 249.)

En résumé, une erreur de diagnostic entre la métrite et le squirrhe ne pourrait être commise qu'au commencement, parce que, plus tard, la marche de la maladie et la tendance manifeste du squirrhe à l'ulcération lèveraient toute incertitude.

Polypes. Lorsqu'un polype est assez avancé et assez volumineux pour ouvrir le col utérin et se présenter dans le vagin, le toucher le fait si facilement reconnaître que nous ne devons pas insister sur les signes qui lui sont propres ; mais il n'en est plus ainsi quand il est encore renfermé dans la cavité utérine, il pourrait alors être facilement pris pour une inflammation chronique du corps de l'utérus, en raison de l'augmentation de volume de cette partie. Les pertes utérines plus fréquentes, le caractère des douleurs qui sont quelquefois analogues à celles de l'accouchement, la conformation normale et le défaut de sensibilité du col, sont les seuls signes incertains d'après lesquels on peut soupçonner l'existence d'un polype.

Dans quelques cas, les douleurs sympathiques que la métrite chronique développe dans d'autres parties, sont plus vives que celles de la matrice ; cette circonstance, jointe à d'autres altérations sympathiques dans diverses fonctions, pourrait devenir cause d'erreurs de diagnostic : nous allons en rapporter quelques exemples, d'après M. Lisfranc. Une femme avait depuis six mois des douleurs dans le rectum, qui avaient résisté à un grand nombre de moyens, elle n'accusait aucune souffrance dans le bassin ; l'intestin exploré fut trouvé sain, mais M. Lisfranc, guidé par quelques anomalies dans la menstruation, et par une légère augmentation des flueurs blanches habituelles, pratiqua le toucher et découvrit un engorgement de l'utérus avec une déviation du col en arrière; les douleurs cessèrent sitôt qu'un traitement approprié eut triomphé de l'état de la matrice. M. Lisfranc dit avoir vu un grand nombre de faits de ce genre.

D'autres fois, ce sont des douleurs dans les flancs qui détournent l'attention du praticien, « elles sont ordinairement permanentes ; elles siégent, tantôt à droite, tantôt à gauche ; assez souvent, sans qu'on sache pourquoi, elles ne se déplacent qu'au bout de trois, six ou huit mois, quelquefois elles se font sentir en même temps des deux côtés ; j'ai observé fréquemment ces phénomènes. On attribue presque toujours ces douleurs à une maladie des reins ou des uretères ; continues ou rémittentes, elles sont quelquefois irrégulièrement intermittentes ; la pression les augmente, ainsi que la toux et certains mouvements exécutés par la malade : cependant la sécrétion urinaire et les urines elles-mêmes ne présentent aucune anomalie, celles-ci n'entraînent ni mucosités, ni pus, ni graviers : l'utérus ne semble pas souffrir ; mais interrogez avec soin les organes génitaux, vous y trouverez presque toujours quelques légers symptômes morbides : pratiquez le toucher, et vous reconnaîtrez ordinairement, soit une ulcération, soit un engorgement, soit une tumeur de la matrice ; à la faveur des ligaments larges de cet organe, les douleurs s'irradient dans la région lombaire, elles se dissipent à mesure que la maladie de la matrice disparaît. » (Lisfranc, *loc. cit.*, t. II, page 188.)

Nous regrettons de ne pouvoir citer tout entier le chapitre du livre de M. Lisfranc, dans lequel ce praticien a consigné les formes multiples que peuvent revêtir les symptômes de l'engorgement inflamma-

toire de la matrice (1). Puisant dans sa vaste pratique, il rapporte des faits dans lesquels cet engorgement, par suite des sympathies qu'il fait surgir a donné lieu : à la chorée, à une affection épileptiforme, à l'aliénation mentale, à l'hystérie, à des névralgies de la tête, à la sciatique, à la cécité, aux palpitations, à la paraplégie, à la nymphomanie, à des troubles variés des organes digestifs, etc., etc. Dans tous ces cas, les phénomènes sympathiques éloignés absorbaient l'attention des médecins et des malades, c'était seulement lorsqu'il interrogeait ces dernières qu'elles accusaient quelques symptômes fugaces du côté de l'appareil génital : un peu de chaleur, une légère douleur dans l'hypopastre ou dans les reins, des pertes blanches peu abondantes ou quelque dérangement dans la menstruation ; telles sont les circonstances qui mettaient le savant praticien sur la voie et le portaient à pratiquer le toucher ou l'examen au speculum, alors il découvrait des engorgements, des tuméfactions douloureuses dans le col ou le corps de la matrice, puis sous l'influence d'un traitement approprié, suffisamment prolongé, l'état morbide de l'utérus disparaissait et avec lui tous les phénomènes symptomatiques.

Terminons le diagnostic différentiel de la métrite chronique, en disant qu'il ne suffit pas pour admettre cette affection de rencontrer une augmentation dans le volume du col de la matrice ou de son corps, il faut encore qu'il s'y joigne quelque modification de la consistance normale ou quelque altération dans la sensibilité ou dans les fonctions de cet organe, car en dehors de tout travail phlegmasique et sous l'influence d'une simple hypertrophie la matrice peut acquérir un volume plus considérable que dans l'état normal.

Pronostic. Lorsque la maladie n'est pas très-ancienne, et qu'il n'existe pas de vice général de la constitution, on obtient encore assez facilement la résolution de l'inflammation chronique de l'utérus. La guérison est au contraire beaucoup plus difficile à obtenir quand les malades sont âgées et que leur constitution est détériorée, soit par des maladies antérieures, soit par les mauvaises conditions hygiéniques au milieu desquelles elles se trouvent; toutes choses étant égales, un engorgement mou se guérit plus facilement qu'un engorgement avec induration. Le pronostic est moins grave dans les cas où la métrite chronique paraît n'exercer aucune influence fâcheuse sur la santé générale, que dans ceux où il existe de l'amaigrissement et de l'affaiblissement. Selon M. Lisfranc, lorsqu'un traitement sagement dirigé est mis en usage, il est à peine quelques exemples de terminaison malheureuse de la métrite chronique ; le même auteur avance, contrairement à l'opinion de beaucoup de pathologistes, qu'après la résolution la matrice revient tout à fait à son volume normal (*loc. cit.*, page 631). La résolution s'opère toujours avec beaucoup de lenteur, elle est annoncée par la diminution graduelle de l'engorgement utérin et aussi par l'amendement et la cessation des phénomènes symptomatiques.

L'engorgement de la matrice dû à une métrite chronique simple est-il susceptible de dégénérer en cancer ? les auteurs répondent diversement à cette question ; il est certain que chez un grand nombre de malades la métrite chronique peut exister pendant un grand nombre d'années sans être suivie de la dégénérescence squirrheuse ou encéphaloïde, mais il n'en est pas moins certain aussi que chez d'autres l'affection cancéreuse a succédé à un état morbide de l'utérus qui, dans le principe, ne paraissait être autre chose qu'une simple métrite chronique. D'après l'opinion généralement admise aujourd'hui, ces derniers cas s'expliquent par une disposition préexistante que la phlegmasie chronique n'a pas fait naître, mais qu'elle a favorisée dans le développement de ses effets ; du reste, cette question théorique sera plus longuement traitée à l'occasion du cancer de l'utérus.

La métrite chronique n'est pas un obstacle absolu à la conception, mais lorsque la grossesse a lieu elle arrive rarement à son terme. « La métrite chronique, dit M. Lisfranc, expose beaucoup aux fausses couches : je suis convaincu,

(1) Nous avons fait déjà de nombreux emprunts à ce chapitre dans l'article II de cette livraison, relatif aux erreurs de diagnostic (V. *Bibl. du médecin praticien*, t. I, p. 236 et suivantes).

par un très-grand nombre de faits, que chez presque toutes les personnes qui, n'ayant pas été soumises à des causes traumatiques, ne portent pas leurs enfants à terme, l'avortement est produit par un engorgement utérin peu développé, par une subinflammation légère qu'on avait méconnue avant la grossesse, et qui sont ordinairement augmentés par cet état : il faut donc conclure que si les fausses couches occasionnent les maladies de la matrice, ces maladies les déterminent plus souvent encore. Je confie ces idées aux méditations des praticiens ; si elles sont justes, je crois qu'il en naîtra des données thérapeutiques importantes.» (*Loc. cit.*, page 630.)

Dans quelques cas très-rares la résolution de la métrite chronique a été favorisée par un accouchement, par une métrite aiguë ou par une hémorrhagie utérine.

Anatomie pathologique. Le volume de la matrice est augmenté, il peut être plus que doublé. Dans l'engorgement sans induration, le tissu utérin est plus rouge et plus mou que dans l'état ordinaire ; il paraît pénétré d'une plus grande quantité de fluides, mais sans désorganisation évidente. Dans l'engorgement avec induration le tissu de la matrice est plus dense et plus ferme que dans l'état naturel, il offre une coloration rougeâtre ou grisâtre. Selon M. Duparcque, il semble infiltré d'une matière fibro-albumineuse concrète que l'on peut exprimer par la pression et le grattage.

Traitement. Les moyens qu'on doit opposer aux engorgements de l'utérus dépendant d'une métrite chronique, sont empruntés à l'hygiène et à la thérapeutique, nous allons les exposer avec certains détails que justifient la fréquence et l'importance de la maladie dont il s'agit.

1° *Moyens hygiéniques.* Les malades devront habiter un lieu sec, suffisamment aéré ; le séjour à la campagne leur convient parfaitement. Aussi devra-t-on le leur prescrire, toutes les fois qu'il sera possible. Elles éviteront de coucher sur un lit trop mou, qui a l'inconvénient de fluxionner les organes du bassin : les matelas de crin sont ceux qui conviennent le mieux.

Le repos absolu dans la position horizontale est en général de la plus haute importance dans le traitement de la métrite chronique; cependant l'usage de ce moyen est subordonné à certaines règles. Lorsque les douleurs sont vives et que le moindre mouvement les exaspère, les malades doivent garder le décubitus horizontal, d'une manière permanente, et cela mieux sur un canapé, un divan ou une chaise longue qu'au lit, dont la chaleur donne toujours un certain degré d'excitation aux organes génitaux. On peut user de moins de sévérité à l'égard de ce moyen, quand les douleurs sont légères, et qu'elles ne sont pas notablement augmentées par un exercice modéré. On devra aussi permettre de légères promenades aux malades dont le tempérament éminemment nerveux s'accommoderait mal d'un repos trop absolu, ainsi qu'à celles qui voient leurs fonctions digestives se déranger sous l'influence de ce moyen. Quant au genre d'exercice qu'il convient de prescrire dans ces cas, il n'y a rien d'absolu ; certaines femmes se trouvent mieux de la promenade en voiture ou à âne, d'autres de la marche ; on tiendra donc compte de chaque disposition individuelle. Dans tous les cas, on ne manquera pas de recommander d'éviter avec soin la fatigue et de reprendre la position couchée, aussitôt qu'il surviendra un peu de pesanteur, de chaleur et de tiraillements dans le bassin ou dans les régions voisines.

La position horizontale devra être scrupuleusement conservée pendant la durée des recrudescences qui surviennent fréquemment dans le cours de la maladie, et aussi pendant la période menstruelle quand elle est douloureuse, mais on devra conseiller un peu d'exercice aux femmes dont les règles ne coulent pas, quoiqu'elles restent couchées.

Une autre condition non moins importante, c'est de laisser reposer l'organe malade, et par là nous n'entendons pas seulement l'abstinence du coït, mais encore la nécessité d'éloigner de la malade toutes les circonstances qui pourraient réveiller en elle des désirs vénériens, maintenir les organes génitaux dans un état d'excitation et d'éréthisme habituels d'où résulteraient nécessairement un appel du sang et l'aggravation des accidents.

Mais ici encore une distinction doit être faite · dans les cas où l'état subinflammatoire est prononcé, où il existe des douleurs intenses, l'application rigoureuse du principe indiqué ci-dessus ne doit souffrir aucune exception ; mais, dit M. Lisfranc, auquel nous empruntons ces excellents préceptes : « l'état subinflammatoire n'existe pas ; il n'y a pas de douleur nerveuse, le coït exercé avec ménagement, sous tous les rapports, est permis ; il peut même être utile par l'excitation qu'il détermine, et concourir avec les médicaments fondants à combattre la stupeur du système absorbant !

» Une femme est encore soumise à une subinflammation légère de l'utérus ; elle éprouve encore des douleurs qui, cependant, ne sont pas trop développées ; des désirs vénériens ardents la poursuivent ; ils la tourmentent même pendant la nuit ; son sommeil est agité ; elle est fatiguée par des rêves érotiques plus ou moins multipliés, souvent incomplets et quelquefois fort douloureux : il est indispensable alors d'essayer les rapports conjugaux avec toutes les précautions convenables ; ils peuvent réussir ; s'ils échouent, s'ils exaspèrent les accidents, on y renonce.» (*Clinique citée*, t. II, p. 671.)

Le régime des femmes atteintes de métrite chronique a besoin d'être surveillé avec soin. La diète absolue n'est jamais utile, si ce n'est pendant le temps des recrudescences seulement. Aux malades qui éprouvent de vives souffrances et chez lesquelles l'inflammation bien que chronique a cependant une certaine intensité, on conseillera des aliments légers et en petite quantité ; on les choisira principalement parmi les viandes blanches, le poisson frais, les fécules, le laitage, les fruits et les légumes de bonne qualité ; selon les cas on permettra le quart, le tiers, la moitié des aliments que les malades ont coutume de prendre dans l'état de santé. Mais quand il s'agit de femmes atteintes d'un engorgement presqu'indolent de l'utérus ; dont la constitution lymphatique ou nerveuse est affaiblie par la longueur de la maladie, il convient alors de prescrire une alimentation quelque peu tonique et en plus grande quantité, souvent même il sera utile de faciliter les digestions par l'usage aux repas d'un peu de vin de Bordeaux coupé avec l'eau de Seltz ou mieux l'eau naturelle de Bussang ou de Vichy.

2° *Moyens thérapeutiques.* Les émissions sanguines sont un moyen dont on peut tirer un grand parti dans le traitement de la métrite chronique, mais il faut en subordonner l'usage à l'état de la constitution et des forces des malades, au degré d'intensité et de chronicité de l'engorgement utérin ainsi qu'à son caractère douloureux ou indolent. Chez les femmes fortes et pléthoriques on se trouve bien en général de débuter par une saignée déplétive du bras, puis on pratique des saignées dérivatives plus ou moins répétées selon les cas. Ces dernières sont seules mises en usage chez les personnes faibles ou lorsque les accidents sont modérés.

M. Lisfranc, dont nous avons eu l'occasion de signaler la prédilection pour les saignées révulsives dans le traitement de la métrite aiguë, les vante aussi beaucoup dans la métrite chronique. Voici, d'après ce praticien, les règles qui doivent guider dans leur application :

« La phlébotomie pratiquée au bras est d'autant plus révulsive ou dérivative qu'elle est légère ; elle irrite aussi d'autant moins le système nerveux que la quantité de sang est petite ; le plus ordinairement elle n'affaiblit point les malades, et ses effets asthéniques sont à peine appréciables, même chez les sujets très-faibles. J'ai incontestablement démontré la vérité de ces principes à l'Hôpital de la Pitié.

» Suivant la constitution des femmes, suivant l'état de leurs forces, je fais extraire du bras trente, soixante, quatre-vingt-dix, cent vingt ou cent quatre-vingt grammes de sang (une, deux, trois, quatre ou six onces).

» Chez les personnes fortes dont la pléthore et la congestion utérine empêchent les mois, la saignée spoliative doit surtout être faite au moment où l'époque des menstrues arrive ; mais dans les autres cas, à moins qu'une phlegmasie aigue n'existe, on ne saigne pas dans les six ou huit jours qui précèdent les règles, dans

la crainte de produire des anomalies menstruelles.

» Si vingt-quatre heures après la cessation des menstrues, la malade éprouve plus de pesanteur, de douleur et de chaleur, on pratique immédiatement au bras une saignée révulsive : il est excessivement rare qu'elle ne détermine pas des effets très-heureux.

» Quand les fortes douleurs précèdent ou accompagnent les règles on fait la petite saignée au milieu de leur intervalle.

» Lorsque les souffrances de la malade paraissent indépendantes de la menstruation, on a recours à la phlébotomie une, deux et même trois fois dans le cours du mois, suivant les indications.

» Il est des exceptions rares dans lesquelles la phlébotomie révulsive faite au bras produit des pertes rouges; il faut alors nécessairement y renoncer : j'ai vu quelques sujets chez lesquels l'extraction de trente grammes de sang (une once) occasionnait l'accident que nous venons de signaler.

» Les petites saignées peuvent augmenter quelquefois et exalter même l'innervation, surtout chez les personnes nerveuses; alors on diminue la quantité de sang à tirer; on n'en laisse couler que quinze ou trente grammes (une demi-once ou une once). Parfois on réussit et d'autres fois on échoue encore. » (*Loc. cit.*, p. 717.)

Les saignées locales pratiquées au moyen des sangsues ou des ventouses scarifiées sont absolument rejetées par M. Lisfranc, non-seulement comme inutiles, mais encore comme nuisibles en augmentant la fluxion utérine. D'autres praticiens, entre autres Boivin et Dugès, tout en reconnaissant qu'un petit nombre de sangsues peut produire l'effet fâcheux que leur reproche le chirurgien de la Pitié, en recommandent néanmoins l'usage, pourvu qu'on en applique un nombre suffisant pour dégorger les vaisseaux utérins (de douze à trente et plus, selon la force des sujets). Le haut des cuisses, les lèvres de la vulve, le pourtour de l'anus sont les points les plus convenables pour dégorger le col de l'utérus; les régions inguinales pour le corps et le fond. (*Ouv. cit.*, t. II, p. 283.)

Selon MM. Guilbert, Téallier, Duparcque, des sangsues appliquées sur le col même de l'utérus, au moyen du speculum, ont fait obtenir des succès dans des cas qui avaient résisté à beaucoup d'autres médications.

« Le premier effet de l'application des sangsues au col de l'utérus, effet qui a constamment lieu, quand même la maladie n'est pas de nature à pouvoir guérir, c'est de calmer comme par enchantement les douleurs sacro-lombaires, les élancements, enfin toutes les sensations pénibles qui sont les compagnes ordinaires des altérations légères ou profondes de la matrice.

» Le nombre des sangsues doit être proportionné au volume de l'engorgement, au degré de prédominance des symptômes inflammatoires et à l'état général des forces. Je remarquerai cependant que cette saignée directe produit moins de faiblesse, toute proportion gardée, que la saignée générale ; aussi peut-elle être employée dans des cas où celle-ci pourrait être préjudicielle. » (Duparcque, *Malad. de la Matrice*, t. I, p. 279.)

Un assez grand nombre de médecins n'adoptent pas ce moyen parce qu'ils craignent que les piqûres des sangsues ne se transforment en autant d'ulcérations, comme on en a cité des exemples. Boivin et Dugès ont vu plusieurs cas dans lesquels une vive recrudescence a suivi chaque application intérieure de sangsues (*Loc. cit.*, p. 283). M. Chomel a renoncé à ce mode d'application des sangsues parce qu'il l'a expérimenté plusieurs fois sans succès (*Dict. de Méd.*). M. Lisfranc le rejette aussi.

Les bains sont d'un très-fréquent usage dans le traitement de la métrite chronique ; généralement on préfère les bains entiers aux bains de siége, ces derniers, outre qu'ils obligent les malades à une position incommode, ont l'inconvénient d'attirer le sang dans les parties affectées quand ils sont trop chauds, ou de provoquer une réaction consécutive qui conduit au même effet quand ils sont frais. Les bains généraux doivent être pris tièdes, on les répète tous les jours ou plus souvent tous les deux jours, leur durée est en général d'une heure à deux dans les cas ordinaires. Chez les femmes nerveuses

et chez celles qui sont en proie à de fortes douleurs phlegmasiques, le bain peut être utilement prolongé pendant trois, quatre et même six heures; quelquefois on en prescrit un matin et soir; du reste il est bon d'étudier l'effet des bains pour en augmenter ou en restreindre l'usage selon les cas.

Souvent on ajoute aux propriétés sédatives des bains par quelques substances émollientes ou mucilagineuses et même narcotiques, comme la décoction de son, une solution d'amidon, de gélatine; une décoction de jusquiame, de morelle, etc.

Il ne faut pas omettre de recommander aux malades de faire des injections vaginales avec l'eau de leur bain; ces injections qui doivent être répétées de temps en temps pendant toute la durée du bain sont fort utiles.

Lorsque les phénomènes inflammatoires sont presque entièrement dissipés et qu'il ne reste plus qu'un engorgement utérin sans douleurs, surtout si les malades sont faibles et cachectiques, il devient souvent utile de stimuler légèrement la surface cutanée par des bains toniques ou excitants. Ceux qu'on recommande plus particulièrement dans ce cas sont les bains tièdes de Plombières, de Barèges, de Cauterets, d'Enghien. On en surveille les effets, et s'ils sont trop excitants, on en mitige l'action par l'addition d'amidon ou de gélatine, ou en les alternant avec des bains ordinaires. Les bains froids de rivière et les bains de mer sont surtout recommandés dans les convalescences.

Les injections vaginales ne sont pas moins usitées que les bains; on se guide dans leur application d'après les mêmes règles que pour ces derniers. Tant qu'il existe de la douleur, de l'ardeur, de la chaleur dans le bassin, on pratique les injections avec des liquides mucilagineux ou calmants (décoction de graines de lin, de guimauve, de morelle, de pavots avec ou sans laudanum). Dans les cas contraires on emploie les injections modérément excitantes ou astringentes. La composition de ces dernières varie à l'infini; l'infusion de roses de Provins, les décoctions de ratanhia, de tan, de plantes aromatiques; les dissolutions d'alun, d'acétate de plomb, de nitrate d'argent cristallisé, de deuto-chlorure hydrargyrique; les eaux minérales naturelles ou artificielles de Plombières, d'Enghien, de Barèges, sont les substances les plus employées. Mais il faut surveiller avec beaucoup de soin l'emploi de semblables injections; si elles irritent, si elles réveillent les douleurs ou la caloricité, il faut aussitôt les suspendre.

Quel que soit le liquide auquel on donne la préférence pour servir aux injections, il importe que sa température ne soit ni trop élevée ni trop basse, de manière à ne produire dans le canal utéro-vulvaire aucune impression de chaleur ni de froid. Une température de quinze à vingt degrés remplit bien ce but ordinairement.

L'instrument dont les femmes se servent pour prendre des injections est tellement connu que nous ne croyons pas devoir en donner la description. Pour que les injections produisent l'effet désiré et qu'elles ne se réduisent pas à un simple lavage des parties, il est utile qu'elles soient administrées pendant que la malade est couchée, le siége soulevé par un oreiller ou un coussin de manière que le bassin soit plus élevé que le reste du corps; la malade reste dans cette position quinze à trente minutes. On doit prendre les plus grandes précautions pour que l'introduction de la canule ou la force du jet n'irrite pas les organes. Ordinairement, les injections sont répétées trois fois par jour. Il va sans dire qu'on doit les suspendre pendant l'époque menstruelle.

Quelques praticiens conseillent d'introduire dans le vagin des cataplasmes demi-liquides soit sans corps intermédiaire, soit au moyen d'un petit sac enduit d'un corps gras qu'on introduit d'abord ou qu'on remplit après. Dans l'un ou l'autre cas on maintient le cataplasme par un bandage simple comme celui dont les femmes se servent au moment des règles. On a généralement renoncé à ce moyen, parce que le cataplasme, lorsqu'il n'est pas enveloppé, éprouve bientôt dans le vagin une fermentation qui lui communique des propriétés irritantes, et lorsqu'on se sert du sac, il en résulte une pression et une distension fâcheuses des parois vaginales.

Dans quelques cas on a recours à des irrigations continues pratiquées plusieurs

fois par jour pendant une demi-heure et plus ; on se sert à cet effet du clyso-pompe ou d'une grosse seringue. Les irrigations ne doivent pas être employées lorsqu'on se propose de produire une action émolliente, parce que le frottement continuel du jet de liquide excite toujours plus ou moins les parties. On les réserve pour les cas qui nécessitent une action résolutive ou astringente. Ce que nous venons de dire des irrigations continues est en tout point applicable aux douches dans le vagin et sur le col de la matrice, que recommandent un assez grand nombre de médecins dans les cas d'engorgement indolore de la matrice. On pratique encore dans les mêmes circonstances des douches autour du bassin ; ces douches sont descendantes, ascendantes ou horizontales ; simples ou médicamenteuses, en arrosoir ou à jet unique, selon le degré d'excitation qu'on a en vue de déterminer.

Lorsqu'il existe de vives douleurs dans la région hypogastrique on parvient souvent à les modérer, en recouvrant cette région de cataplasmes émollients tièdes dont la surface est arrosée avec la solution aqueuse d'opium, le laudanum de Sydenham ou de Rousseau. La même indication peut encore être remplie au moyen de douces onctions faites avec un liniment calmant. Sauf le cas dont il a été parlé, ces moyens sont peu utiles.

La constipation est, comme nous l'avons dit, un symptôme fréquent de la métrite chronique ; il est très-important de la faire cesser, mais on doit éviter d'employer des purgatifs trop forts dans la crainte que l'irritation qu'ils produisent sur l'intestin ne se propage jusqu'à l'utérus. On devra choisir les minoratifs les plus doux comme la mauve, l'huile de ricin, le calomel, l'eau de Pullna, etc. ; encore ne devra-t-on y avoir recours que dans les cas où les lavements auront été insuffisants pour rétablir la liberté du ventre. Les lavements sont d'ailleurs toujours utiles, ce sont autant de bains locaux dont l'action émolliente va jusqu'à l'organe malade ; on prescrit en général deux ou trois quarts ou demi-lavements par jour en recommandant à la malade de les conserver le plus longtemps possible. On peut les rendre plus adoucissants par l'addition de quelque substance mucilagineuse, calmants par les narcotiques ou les opiacés, laxatifs en y ajoutant du gros miel, un sel neutre, etc.

Nous avons indiqué chemin faisant, l'usage qu'on pouvait faire des narcotiques dans quelques circonstances, mais ils méritent une mention spéciale en raison des services qu'ils peuvent rendre dans le traitement de la métrite chronique. On les emploie surtout chez les femmes très-nerveuses pour combattre les effets d'uue trop grande irritabilité, l'insomnie, les douleurs vives et cette multitude de symptômes nerveux qui surgissent si souvent dans le cours de l'affection qui nous occupe. La jusquiame, la belladone, le datura-stramonium et surtout l'opium et ses préparations, les sels de morphine, etc., sont les substances auxquelles on donne la préférence le plus communément. On les administre par la bouche, en lavements, par la méthode endermique, etc. Il ne faut pas oublier que l'habitude émousse beaucoup l'action des narcotiques, et qu'il est souvent utile de les changer ou d'en augmenter les doses.

Lorsque par l'emploi suffisamment soutenu des agents de la médication antiphlogistique, l'orgasme inflammatoire est dissipé, et qu'il n'existe plus qu'un engorgement utérin, sans douleur et sans réaction, on doit chercher à en obtenir la résolution par un autre ordre de moyens dont il nous reste à parler : ce sont les dérivatifs et les résolutifs ou fondants.

« Les dérivatifs extérieurs concourent avantageusement avec les autres moyens à favoriser la résolution des engorgements de l'utérus. On promène des sinapismes sur la surface extérieure du corps ; on fait porter des vêtements de flanelle à la malade ; on pratique des frictions sèches ou animées par quelque liniment alcalin ; on couvre les régions sacro-lombaires de ventouses sèches ou scarifiées, ou l'on applique sur ces parties un large emplâtre de poix de Bourgogne simple ou stibié ; des moxas, des cautères temporaires peuvent être établis sur les mêmes parties ou sur l'abdomen ; dans quelques cas, on a eu à se louer des vésicatoires aux cuisses, ou des sétons, que l'on applique plus avantageusement sur les parois abdominales,

au-dessus du pubis. » (Duparcque, *Malad. de matrice*, t. 1er, p. 287.)

Un grand nombre de substances ont été préconisées à titre de fondants pour faciliter la résolution des engorgements indolores de l'utérus; les principales d'entre elles sont : les préparations de mercure, d'iode, d'or, les alcalis, etc. On les administre à l'intérieur ou en frictions par la méthode iatraleptique. Nous n'insisterons pas avec détail sur le mode d'emploi des agents résolutifs, ce sujet devant être traité avec plus de développements à l'occasion des engorgements squirrheux de la matrice. Nous rappellerons seulement qu'à l'intérieur on administre de préférence le proto-chlorure de mercure ou calomélas, la teinture d'iode, l'iodure de potassium, l'hydrochlorate d'or simple ou potassé, l'hydrochlorate de baryte, les sous-carbonates de soude et de potasse, les pilules savonneuses, la ciguë spécialement vantée par M. Lisfranc, l'aconit, etc. On ne devra jamais perdre de vue que tous ces médicaments sont plus ou moins irritants, et qu'ils n'agissent qu'en stimulant l'action des absorbants; aussi faut-il en surveiller l'usage avec un soin extrême pour les suspendre aussitôt qu'on s'apercevra qu'ils altèrent les fonctions digestives, ou qu'ils opèrent sur l'organe malade une stimulation trop forte.

Lorsque l'état des organes digestifs ne permet pas l'usage intérieur des résolutifs, on les unit à l'axonge pour en faire des pommades qu'on emploie en frictions sur les aines ou à la partie supérieure et interne des cuisses. Les pommades les plus usitées sont celles d'iodure de plomb, d'hydriodate de potasse, d'hydrocyanate de plomb, l'onguent mercuriel. M. Duparcque vante beaucoup la pommade émétisée. Voici, d'après ce praticien, les précautions qu'il faut prendre dans son application : « Je fais incorporer une partie d'émétique dans huit d'axonge non lavée (un gros par once); on prend pour chaque friction la valeur d'un demi-gros de cette pommade. Une première friction est faite à la partie interne d'une jambe; le soir même, une seconde friction à l'autre jambe; le second jour, frictions aux cuisses, l'une le matin, l'autre le soir. Le troisième jour, on frictionne également les deux bras alternativement; puis les côtés du thorax le quatrième jour. On recommence ensuite dans le même ordre. On doit frotter avec la paume de la main, largement, légèrement et longtemps. Si quelques pustules se montrent sur une partie, on cesse d'y appliquer d'autres frictions; car ce n'est pas pour déterminer une éruption, comme on le fait ordinairement, que je les emploie, mais pour faire pénétrer le médicament par absorption; ce n'est pas une action dérivative externe, mais une action altérante interne que je me propose d'exciter. Si on n'aperçoit aucun résultat après avoir employé de cette manière la valeur d'une demi-once à une once d'émétique, il faut en cesser l'application. J'observerai qu'aucune des malades soumises à cette médication n'offrit de phénomènes indiquant que le tartre stibié ainsi administré eût porté son action sur les voies digestives.» (*Loc. cit.*, t. 1, p. 310.)

On fait peu usage des tisanes dans le traitement de la métrite chronique; cependant, pendant la période subinflammatoire, les boissons adoucissantes, légèrement acidules ou nitrées, conviennent; plus tard on les remplace par des infusions de plantes amères ou toniques.

Dans quelques circonstances, on doit subordonner le traitement de la métrite chronique à la nature présumée de la cause qui a produit la maladie : c'est ainsi qu'on doit prescrire les antisyphilitiques, comme les mercuriaux et les sudorifiques quand on a des raisons de croire que l'engorgement utérin est sous l'influence du virus vénérien. Suppose-t-on que la maladie est de nature scrofuleuse ou rhumatismale, on la combattra par des moyens appropriés aux diathèses scrofuleuse et rhumatismale.

§ 5. — Métrite puerpérale.

La matrice, chez les nouvelles accouchées, se trouve dans des conditions particulières résultant des modifications de texture qu'elle a subies pendant la grossesse et de la fonction qu'elle vient d'accomplir; non-seulement ces conditions favorisent le développement de la métrite, mais encore elles impriment à cette

maladie une physionomie spéciale. En isolant la métrite puerpérale de l'histoire de la métrite simple, nous nous exposons, il est vrai, à répéter les caractères communs à ces deux états morbides, mais cette division nous paraît utile au point de vue de la pratique.

Causes. La dérogation aux lois hygiéniques pendant le cours de la grossesse nous paraît être une cause éloignée de métrite puerpérale. Nous citerons particulièrement à cette occasion : l'usage continu d'une nourriture trop excitante, ou de mauvaise nature; les exercices corporels poussés jusqu'à la fatigue, comme la marche, l'équitation, etc.; la compression trop grande de l'utérus par un corset, et parfois aussi l'omission du soin de soutenir l'abdomen distendu par le produit de la conception; une prédisposition idiosyncrasique; toutes choses égales d'ailleurs, les nouvelles accouchées qui n'allaitent pas sont plus fréquemment atteintes de métrite puerpérale que celles qui donnent le sein à leur enfant.

Les causes déterminantes généralement admises sont : un accouchement récent, alors surtout qu'il a été long à se faire, ce qui a souvent lieu chez les primipares, puis tous les cas de dystocie qui obligent à mettre en contact avec la matrice, la main ou divers instruments, et ceux qui contraignent l'utérus à de violentes contractions (sortie prématurée des eaux de l'amnios, tête volumineuse du fœtus, expulsion d'une môle, etc.); les déchirures accidentelles, les ruptures spontanées.

Au nombre des causes déterminantes, figurent encore le renversement de l'utérus, l'avortement provoqué (quant à l'avortement spontané, il est plus souvent effet que cause de l'inflammation utérine), la rétention totale ou partielle du placenta, le séjour de caillots de sang ou de portions des secondines. La présence de ces corps dans la matrice peut occasionner la métrite soit à cause des efforts nécessaires pour les chasser, soit par leur décomposition intra-utérine.

Enfin la maladie qui nous occupe peut être déterminée peu de temps après l'accouchement par l'action d'injections froides, astringentes; par l'application de topiques réfrigérants sur l'abdomen, la vulve, la face interne des cuisses, le tamponnement du vagin, l'acte du coït à une époque trop rapprochée de l'accouchement, l'usage des boissons échauffantes, les écarts de régime, l'influence d'une température froide et surtout celle d'un air froid et humide.

Dugès et Boivin, tout en reconnaissant la fâcheuse puissance de l'air froid, avancent cependant que les précautions prises à la Maternité pour garantir les femmes du froid n'ont pu diminuer ni la quantité des malades ni la mortalité, ce qu'il faut probablement attribuer à l'encombrement des salles et à la transmission de la maladie par infection. Le froid nuit-il aux femmes en couches, en supprimant les sueurs, les lochies, le lait? Voici comment les auteurs susnommés résolvent cette question; leur réponse nous semble conforme à l'état de la science.

« La matière de la transpiration ne saurait être transportée par métastase, puisqu'elle est excrétée aussitôt que formée. Donc les effets fâcheux qu'on observe quand elle est arrêtée par le froid, ne tiennent qu'au changement de température; c'est une action dynamique et non matérielle.

» Frank ridiculise avec raison les prétendues répercussions qu'on faisait voyager dans l'économie pour frapper, maléficier tel ou tel organe. Que la métrite arrête momentanément les lochies, rien de plus naturel, comme le coryza supprime momentanément la sécrétion du mucus nasal, comme un catarrhe pulmonaire intense supprime les crachats. Mais alors la suppression est effet et non cause de la phlegmasie. D'ailleurs il s'en faut de beaucoup que cette suppression soit constante..... La suppression du lait prête aux mêmes raisonnements, et l'on peut de la même manière repousser les arguments de ceux qui croient encore aux métastases laiteuses : l'affaissement des mamelles n'est pas constant dans la métrite puerpérale. » (t. II, p. 229.)

Depuis Hippocrate jusqu'à ce jour, on a observé que durant certaines années, certaines saisons, un très-grand nombre de femmes en couches se trouvaient simultanément affectées de maladies graves,

sévissant sous l'influence d'un germe épidémique. Mais ces maladies, ces fièvres des nouvelles accouchées sont-elles des métrites? E. Strother, médecin de Londres, fut le premier qui les décrivit sous le nom de fièvres puerpérales (*The puerperal fever*). Plus tard Willis, Leroy appelèrent la maladie épidémique des femmes en couches, *febris maligna puerperarum*. Enfin dans ces derniers temps on pensa convenable de désigner cette affection sous le nom de *péritonite puerpérale*. Cette dénomination serait-elle plus heureuse? serait-elle mieux l'expression des faits? L'historien des maladies épidémiques, le docteur Ozanam, ne serait pas enclin à le croire. Selon lui, « le nom de péritonite puerpérale, donné par l'école française à cette maladie, n'est point exact; car le système utérin y est plus compromis encore que le péritoine, cette membrane ne l'étant qu'indirectement et par ses connexions avec ce système ; et souvent elle n'offre aucune trace de lésions morbides de nature à les regarder comme causes de la maladie et de la mort. » (*Hist. méd. gén. et part. des mal. épidém.*, t. II, p. 13.)

Cependant en lisant attentivement la narration des épidémies de *fièvre puerpérale* faite par Ozanam, on y reconnaît les caractères d'une métro-péritonite, ou seulement ceux d'une péritonite simple. Telle nous paraît être en particulier une épidémie de fièvre puerpérale qui avait attaqué à différentes époques les femmes en couche de l'Hôtel-Dieu de Paris, observée par De Jussieu, Col de Villars et Fontaine. On y voit que *l'ouverture des cadavres offrait la matrice dans son état naturel, mais les parties solides du bas-ventre très-altérées, avec un épanchement séreux considérable dans sa cavité*. Nous croyons donc qu'il sera plus à propos de mentionner les principales épidémies puerpérales, à l'occasion de la péritonite, de la métro-péritonite puerpérales, et alors que nous chercherons à bien définir la *fièvre puerpérale*.

Avant de terminer l'étiologie de cette variété de métrite, disons que certaines causes citées plus haut n'ont pas paru à Dugès et Boivin avoir toute l'importance qu'on leur accorde généralement sur le développement et l'issue de la métrite puerpérale. C'est ainsi qu'un travail long et pénible, un accouchement laborieux bien conduit, ne sont pas, d'après les observations de ces auteurs, des causes ordinaires de métrite, et que des ruptures assez graves de l'utérus ont été suivies de guérisons sans inflammations violentes (*loc. cit.*, p. 228.)

Avouons, en effet, que plusieurs femmes peuvent être soumises impunément à l'action de diverses causes ordinaires de métrite puerpérale, tandis que d'autres femmes sont atteintes de cette maladie, sans qu'on puisse saisir la cause morbigène.

Symptômes. La métrite puerpérale est loin de se révéler toujours par le même groupe de symptômes. Souvent il arrive qu'on observe des phénomènes symptomatiques différents ou même opposés soit chez la même malade, mais à des périodes différentes de la maladie, soit chez plusieurs malades pendant tout le cours de l'affection. C'est ainsi que dans un certain nombre de cas il y a prédominance, depuis le commencement jusqu'à la fin, d'une réaction franchement inflammatoire, locale et générale; que dans d'autres circonstances la réaction inflammatoire après avoir duré plus ou moins longtemps est remplacée par la prostration des forces, le collapsus, certains désordres nerveux, enfin par tous les phénomènes qui constituent les états adynamique ou ataxique; que d'autres fois encore la maladie paraît revêtir dès son début les caractères propres aux affections typhoïdes. Cette diversité dans la nature des symptômes de la métrite puerpérale a porté la plupart des auteurs qui ont décrit cette affection à en admettre plusieurs formes. Avec Boivin et Dugès nous distinguerons deux formes principales de métrite puerpérale : 1° Forme inflammatoire; 2° Forme typhoïde. Nous adoptons cette division, quoiqu'elle ne soit pas toujours parfaitement tranchée au lit des malades, parce qu'elle nous semble la plus conforme à l'observation et parce qu'elle permet d'exposer tous les phénomènes de la maladie dans l'ordre qui se rapproche le plus de leur succession naturelle.

A quoi tient la différence symptomatique qu'on observe dans la métrite puerpérale? en trouve-t-on la raison dans les lésions anatomiques? l'état actuel de la science ne permet pas de résoudre ces questions d'une manière tout à fait satisfaisante. Cependant depuis les recherches de Dance sur la phlébite utérine, confirmées par beaucoup d'auteurs, on admet généralement que les symptômes inflammatoires se manifestent seuls tant que la phlegmasie bornée à l'utérus ou étendue aux veines n'est pas arrivée à la suppuration, tandis qu'on voit apparaître les phénomènes typhoïdes, dès l'instant que du pus introduit dans le torrent circulatoire altère la composition du sang. Dans un bon nombre de cas un état gangréneux de l'utérus est la lésion qu'on a trouvée pour expliquer les accidents adynamiques et ataxiques qui avaient existé. Mais disent Boïvin et Dugès : « On pourrait se demander si ces formes (l'adynamique et l'ataxique) ne tiennent pas plus à des complications avec un état général nerveux ou adynamique, si surtout dans ce dernier cas la gangrène n'est pas l'effet plutôt que la cause de l'état général; questions difficiles à résoudre, et dont l'obscurité nous permet de choisir le procédé le plus simple et le plus commode pour le classement et l'exposition des faits. » (*Loc. cit.*, t. II, p. 231.) A côté des faits, ou pour rendre raison des phénomènes typhoïdes observés pendant la vie, on constate sur le cadavre, soit la gangrène de la matrice, soit la présence du pus dans le sang; il en est d'autres où l'autopsie ne révèle rien de semblable chez des sujets qui ont succombé aux mêmes symptômes; il faut bien admettre alors une condition spéciale de l'économie tout entière, laquelle domine la lésion locale; c'est surtout cette considération qui porte un certain nombre de praticiens à admettre l'existence de la fièvre puerpérale (v. plus bas). D'un autre côté Boivin et Dugès, sans nier l'influence délétère du pus dans les veines, pensent qu'il n'en résulte pas toujours le développement des phénomènes adynamiques, voici à ce sujet le résultat de l'observation de ces auteurs : « Sur six cent quatre-vingt-six métro-péritonites ou péritonites puerpérales nous n'en avons compté que trente compliquées d'un véritable état typhoïde, c'est-à-dire essentiellement adynamique ou ataxique, et cependant la présence du pus dans les veines utérines avait primitivement été observée sur les trois quarts des cadavres, c'est-à-dire sur deux cent vingt-quatre sujets à peu près; car nous avions compté trois cent douze cas de terminaison par la mort, et tous les cadavres avaient été ouverts. » (*Loc. cit.*, t. II, p. 233.)

1° FORME INFLAMMATOIRE FRANCHE. Cette forme de la métrite puerpérale a beaucoup d'analogie avec la métrite simple, on pourrait même dire que, dans beaucoup de cas, elle n'en diffère que par une marche plus rapide et par une plus grande intensité dans les symptômes soit locaux, soit généraux. Son invasion, qui a généralement lieu peu de temps après l'accouchement, est le plus souvent annoncée par un ou plusieurs frissons, bientôt remplacés par une vive chaleur avec réaction fébrile plus ou moins forte. Les symptômes du côté de l'utérus ne tardent pas à se manifester; souvent même ils apparaissent dès le début sans frissons préalables. Les malades se plaignent d'un sentiment de chaleur, de douleur obtuse, gravative, et de pesanteur dans la région hypogastrique; cette douleur, qui ne devient jamais aussi aiguë que dans la péritonite, est cependant assez forte pour tourmenter beaucoup les malades. Presque toujours la douleur s'irradie aux aines, aux lombes, à la vulve, au périnée, à la partie supérieure des cuisses, et quelquefois dans toute l'étendue des membres abdominaux. La douleur est d'ordinaire continue, mais elle présente ces exacerbations plus ou moins fréquentes, qui la font assez bien ressembler aux coliques que les nouvelles accouchées éprouvent pendant l'expulsion des caillots de sang. La palpation hypogastrique augmente la douleur, elle fait en outre reconnaître une tuméfaction plus ou moins forte de l'utérus qui forme dans la région sus-pubienne une tumeur globuleuse sensible et rénitente. Le toucher vaginal indique que le col utérin est plus chaud, plus sensible, et plus volumineux que dans l'état normal; il dénote en outre le déve-

loppement et la lourdeur de la matrice.

L'écoulement des lochies éprouve des modifications variables ; dans certains cas, cet écoulement a lieu et est même très-abondant durant toute la maladie; mais il est plus fréquent de le voir se supprimer dans les premiers temps, soit d'une manière définitive, soit pour reparaître peu après, mais notablement diminué; presque toujours il est séro-sanguinolent, d'une couleur et d'une odeur à peu près normales.

Les seins ne se développent pas et restent mous et flasques lorsque la métrite s'est déclarée avant la fièvre de lait; quand l'invasion de la maladie a eu lieu postérieurement à l'établissement de la sécrétion du lait, cette sécrétion diminue ou se tarit complétement, et les mamelles s'affaissent; dans quelques cas rares, elle s'est maintenue pendant tout le cours de l'affection. Les seins sont souvent le siége de douleurs sympathiques, sourdes ou aiguës.

Il existe parfois des nausées ou des vomissements vers le début de la métrite ; mais ce symptôme est rare lorsque l'inflammation n'a pas envahi le péritoine ; tantôt il y a constipation, tantôt diarrhée ; mais dans les deux cas, la défécation produit une sensation pénible et souvent est accompagnée ou suivie d'épreintes et de ténesmes douloureux. Les malades ne rendent qu'une petite quantité d'urines rouges et foncées, bien qu'elles éprouvent un fréquent besoin d'uriner. Dans quelques circonstances, la métrite puerpérale paraît se compliquer d'un état bilieux; il existe alors une céphalalgie plus spécialement frontale ; la face et les conjonctives sont jaunâtres, la bouche amère, et la langue se recouvre d'un enduit blanc jaunâtre.

Tant que dure la période d'acuité de cette forme de la métrite puerpérale, les malades sont en proie à une fièvre vive, généralement proportionnée à l'intensité et à l'étendue de l'inflammation de l'utérus; le pouls est grand, plein, fort, assez dur, plus ou moins fréquent; la peau est chaude et sèche ou parfois couverte de sueur; la face est rouge et animée, bien que les traits expriment l'anxiété et le malaise général ressentis par les malades; la respiration est courte et précipitée, la langue sèche, la soif vive et l'anorexie complète. Dans les cas les plus graves, il existe une agitation extrême avec délire quelquefois furieux; puis quand la maladie doit se terminer d'une manière funeste sans prendre la forme typhoïde, les malades tombent dans l'état d'affaissement et de subdélirium qu'on observe dans la période la plus avancée de toute grande inflammation.

2° Forme typhoïde. Elle succède à la forme inflammatoire franche dans un grand nombre de cas; d'autres fois elle se manifeste d'emblée dès le début de la maladie. Boivin et Dugès ont décrit cette forme de la métrite puerpérale dans les termes suivants : « Dans cette deuxième forme, le frisson sera souvent plus intense et plus prolongé, le délire moins vif mais plus précoce et plus constant; il y aura petitesse et concentration du pouls, chaleur âcre et sécheresse à la peau, céphalalgie aiguë, oppression, soif extrême, vomissements, diarrhée, prostration des forces, soubresauts, décomposition des traits de la face; puis plus tard, fuliginosités, évacuations involontaires, sueurs froides, pouls intermittent, dyspnée considérable, agonie prolongée, mais sans connaissance.

» A ces symptômes joignez les symptômes locaux de la métrite ordinaire; ajoutez que la douleur est parfois presque nulle, que les lochies peuvent être très-fétides, grisâtres, brunâtres, que les organes externes de la génération peuvent offrir des inflammations gangréneuses, et vous aurez le tableau à peu près complet de cette forme de métrite. Ce sont les cas les plus tranchés, les plus prononcés de cette forme de métro-péritonite, ceux dont la marche était plus promptement funeste qui ont servi à tracer le tableau de la métrite gangréneuse, de la putrescence de l'utérus, de la phlébite utérine, etc. Ici, dit M. Duplay, la période inflammatoire est tellement éphémère, qu'on pourrait presque la nier d'après un examen superficiel. C'est ainsi, selon nous, qu'on doit effectivement envisager cet état de choses; c'est une sorte de sidération des forces dans laquelle l'état local et l'état général se confondent et n'ont qu'une courte

période de sthénie, immédiatement suivie d'un collapsus profond. Nous avons vu plus d'une femme périr dans la stupeur du frisson d'invasion, et par conséquent, après quelques heures au plus de maladie manifeste, de telle sorte que la constitution épidémique et l'état de couches pouvaient seuls faire présumer que la métro-péritonite était cause de la mort, car que pouvait apprendre, en pareil cas, l'ouverture des cadavres? » (*Loc. cit.*, t. II, p. 239.)

Nous allons citer ici une observation de métrite puerpérale typhoïde dont nous faisons l'emprunt au Mémoire de Dance sur *la phlébite;* on y retrouvera les traits caractéristiques de cette forme de métrite. « Une jeune fille délicate, lymphatique et nerveuse, âgée de 25 ans, accouche à terme le 8 mars 1825. Le travail est long et laborieux; la tête du fœtus reste longtemps au passage; toutefois, il ne survient d'abord aucun accident; les lochies coulent abondamment; mais au quatrième jour la malade est prise de frissons, de céphalalgie, de palpitations; les mamelles ne se tuméfient point, la fièvre se déclare; enfin, elle entre à l'Hôtel-Dieu au neuvième jour, dans l'état suivant : Face pâle, abattue; tristesse et pressentiments sinistres; peau généralement chaude et sèche; langue pâle, humide; ventre souple, indolent; hypogastre soulevé par le bas-fond de la matrice, qui forme une saillie considérable; céphalalgie frontale, sentiment de malaise rapporté à l'épigastre, lochies peu abondantes et très-fétides; pouls fréquent. (Prescription : *saignée de trois palettes, tisane de chiendent et de réglisse, cataplasme sur le ventre, diète.*)

» Dixième jour. Face plus pâle que la veille, céphalalgie moindre, peau toujours chaude, abattement moral, lochies présentant les mêmes caractères; par le toucher, on trouve le col utérin frangé et entr'ouvert; le doigt perçoit une chaleur brûlante dans le vagin. (*Deuxième saignée, bain de siége.*)

» Onzième jour. Diminution dans la chaleur de la peau et la fréquence du pouls; les lochies existent toujours en petite quantité; elles sont sanieuses, et le linge qui les reçoit acquiert une roideur comme avec de l'empois. (*Troisième saignée.*)

» Douzième jour. Face d'une couleur pâle-verdâtre; yeux abattus, conjonctives brillantes, lèvres agitées de petits mouvements convulsifs; langue tremblante, balbutiement, volume considérable et proéminence contre nature du bas-fond de la matrice à l'hypogastre, sans douleur bien marquée à la pression; délire et rêvasseries pendant la nuit. A trois heures du soir, frisson prolongé, concentration du pouls. Treizième jour, aucun changement favorable, mêmes symptômes spasmodiques, même tremblement des lèvres, et par moment strabisme, renversement des yeux, la malade n'accuse que de la douleur à la tête. Quatorzième jour, le pouls devient obscur et insensible. La malade succombe au quinzième jour depuis l'accouchement sans présenter d'autres symptômes. » (*Archives génér. de Méd.* 1828, t. XVII, p. 485. Dance, *Dissertation inaugurale.*)

Marche, durée, terminaisons. Dans quelques cas, malheureusement trop rares, la métrite puerpérale inflammatoire peut être arrêtée dès le début par un traitement énergique et approprié : lorsqu'on n'a pu obtenir cet heureux résultat, la maladie suit une marche uniforme et croissante pour diminuer ensuite progressivement après une durée de huit à quinze jours, quand la résolution doit en être la terminaison; dans ces cas, la diminution de la fièvre et des douleurs, jointe au retour des lochies et au rétablissement de la sécrétion laiteuse, indiquent l'approche de la convalescence. Mais cette issue favorable de la maladie n'est pas la plus fréquente, quelquefois les malades succombent du deuxième au quatrième jour, par la violence des douleurs et de la réaction inflammatoire; plus souvent la mort arrive plus tardivement après une période de collapsus. Dans la forme typhoïde, la terminaison funeste peut avoir lieu très-peu de temps après l'invasion, comme nous l'avons dit plus haut d'après Boivin et Dugès; mais à part ces cas exceptionnels, la marche est ordinairement moins rapide, et ce n'est qu'après deux à trois septénaires qu'on voit les malades succomber, ce qui est le plus fréquent, ou

revenir peu à peu à la santé par la diminution graduée des phénomènes typhoïdes.

La métrite puerpérale peut se terminer par la suppuration ; les symptômes qui peuvent faire soupçonner cette terminaison sont des picotements, des élancements derrière le pubis, des anxiétés, des frissons irréguliers, etc. Des observations rapportées par Lamotte, Mauriceau, Smellie, Pinel et autres, tendent à démontrer que la suppuration peut être suivie de guérison ; ces auteurs ont vu des abcès considérables s'ouvrir à travers les parois abdominales, dans la cavité utérine, dans le vagin, vers le périnée, etc. « Mais ces observations faites sur des sujets qui ont survécu, laissent trop d'incertitude sur le siége de la suppuration pour qu'on puisse admettre l'opinion de ces auteurs comme chose démontrée ; il est fort peu probable que la texture dense et serrée de l'utérus se prête à ces grandes collections, et quand elles se seraient réellement présentées, elles seraient si rares, qu'elles sortiraient presque du domaine de l'art. » (Chomel, *Dict. de méd.* en 21 vol., art. *Métrite.*)

Comme nous le verrons en exposant les lésions anatomiques, la gangrène de l'utérus est assez commune, et la mort en est presque constamment le résultat, à moins qu'elle ne soit limitée à une portion du col utérin ou à une très-petite partie de la surface interne. La gangrène coïncide avec la métrite typhoïde ; les symptômes qu'on lui a plus particulièrement assignés sont : un pouls petit, fréquent, intermittent, un état de subdélirium ou de coma ; des sueurs visqueuses ; la fétidité de l'haleine, des lipothymies ; la cessation de la douleur hypogastrique ; la couleur brunâtre, noirâtre et l'odeur infecte *sui generis* du liquide qui s'écoule par la vulve ; une diarrhée abondante et d'une odeur cadavéreuse.

La métrite puerpérale peut se terminer par le passage à l'état chronique, mais cela est beaucoup plus rare que dans la métrite simple.

Diagnostic. La péritonite puerpérale est l'affection avec laquelle il est le plus facile de confondre la métrite puerpérale. Nous croyons devoir signaler les principaux traits distinctifs de ces deux affections, soit pour les reconnaître quand elles existent isolément, soit pour rapporter à chacune d'elles les symptômes qui lui appartiennent lorsqu'elles ont lieu simultanément, comme cela arrive si souvent.

« Il existe un symptôme qui est commun à la métrite et à la péritonite, et qui fait même la partie essentielle de ces deux maladies ; je veux parler de la douleur ; mais cette douleur, obtuse, gravative, ordinairement bornée à l'hypogastre dans la métrite, est plus générale, plus intense, plus aiguë, et, en quelque sorte, déchirante dans la péritonite. Ici, les effets secondaires de l'inflammation se font ressentir le plus souvent sur toute la région abdominale, et se propagent même vers les organes de la poitrine, dont ils troublent plus ou moins les fonctions. La tension, le météorisme du ventre, les anxiétés, les nausées, les vomissements, sont des symptômes très-ordinaires et en quelque sorte inséparables de cette dernière affection, tandis que les mêmes accidents sont rares ou se manifestent à peine dans l'inflammation utérine. Les femmes tourmentées par un besoin illusoire d'aller à la garde-robe sont sollicitées de pousser en bas dans la métrite ; ce symptôme ne se remarque pas dans la péritonite. Le toucher fournit un moyen propre à distinguer ces deux maladies : en effet, dans la péritonite, le vagin, le col de l'utérus et la matrice elle-même offrent peu ou point de changement, et semblent rester étrangers au trouble général de l'abdomen ; dans la métrite, au contraire, ces diverses parties présentent des particularités qui sont d'une très-grande importance dans l'étude de cette phlegmasie : le vagin, la matrice et son col offrent une chaleur brûlante ; leur sensibilité est singulièrement exaltée ; aussi le moindre attouchement fait naître des douleurs très-vives. » (Murat, *Dict. des sciences médicales*, t. XXXIII, p. 274).

L'augmentation de volume de la matrice, la suppression des lochies ou leur réduction à une petite quantité de liquide séro-sanguinolent ou purulent, l'intensité des douleurs, de la fièvre et des autres symptômes généraux, sont des signes qui ne permettront pas de confondre la mé-

trite puerpérale avec le catarrhe utérin dans lequel la sécrétion utéro-vaginale, notablement augmentée, donne lieu à un écoulement jaunâtre ou verdâtre; de plus, la douleur qu'on observe dans cette dernière affection n'est jamais bien prononcée; la fièvre est nulle ou passagère, et l'utérus reprend ses proportions normales. Il est, du reste, très-rare qu'on rencontre l'inflammation isolée de la membrane muqueuse utérine après l'accouchement.

Nous avons, en traitant de la métrite simple, indiqué les caractères qui la distinguent de l'ovarite; ils sont les mêmes quant à la métrite puerpérale; nous n'y reviendrons pas.

Pronostic. Il est toujours de la plus haute gravité; néanmoins on peut espérer d'obtenir la guérison quand la nature et le peu d'intensité des symptômes font supposer que l'inflammation est bornée à une portion de la matrice sans complication de phlébite et de lymphangite; mais on ne doit conserver que bien peu d'espoir dans les cas où l'apparition des phénomènes ataxiques ou adynamiques autorise à penser ou que la gangrène s'est formée, ou qu'il y a eu infection du sang par le passage du pus dans le torrent circulatoire. Parmi les signes les plus certains de cette fatale complication, nous devons indiquer la manifestation d'abcès dans le voisinage ou dans l'intérieur même des articulations.

La métrite puerpérale fait surtout beaucoup de ravages quand elle sévit épidémiquement dans les hôpitaux spécialement consacrés aux femmes en couche.

Anatomie pathologique. Les altérations anatomiques que la nécropsie fait découvrir chez les femmes qui ont succombé à la métrite puerpérale, doivent être étudiées 1° dans le tissu même de l'utérus; 2° dans les veines de cet organe; 3° dans le système lymphatique utérin.

1° *Lésions du tissu propre de la matrice.* Pour juger sainement les modifications pathologiques que la phlegmasie perpuérale peut déterminer à la surface interne de la matrice, il ne faut pas perdre de vue l'état normal de cette surface après l'accouchement. On sait que la plupart des auteurs, entre autres MM. Cruveilhier et Dubois, assimilent les parois utérines immédiatement après la délivrance, à une plaie simple et récente; selon eux la séparation du placenta par la destruction de ses adhérences avec la matrice ne diffère en rien d'une action traumatique, laissant après elle une surface saignante, qui doit nécessairement passer par tous les dégrés de l'inflammation adhésive pour arriver à la cicatrisation. D'abord du sang pur s'écoule de cette surface, puis bientôt il s'y mêle une certaine proportion de sérosité plastique qui donne à l'écoulement lochial un aspect légèrement puriforme et après un temps variable l'épithelium se reproduit. On voit qu'il serait facile de commettre des méprises en considérant comme autant d'effets de la métrite ce qui n'est que la conséquence physiologique de l'accouchement. « Mais, disent Boivin et Dugès, toutes les fois qu'un véritable pus enduira la surface utérine; quand une fausse membrane jaune, verdâtre ou putride adhérera aux parois de la matrice, il faudra croire à une inflammation légère ou grave, essentielle ou secondaire, mais réellement morbide. Nous avons effectivement trouvé chez bien des cadavres, avec les restes d'une péritonite grave, une couenne albumineuse, mince, adhérente, irrégulière, peu consistante, ordinairement jaunâtre, quelquefois teinte en noir ou en rouge par un enduit liquide, sur les parois de la cavité utérine, quelquefois dans toute leur étendue, plus souvent bornée à la face antérieure, à la postérieure, et surtout à celle qui avait donné attache au placenta. Nous avons trouvé aussi, sur l'une ou sur l'autre de ces faces, du véritable pus assez liquide pour être ramassé en quelques points avec le scalpel. Chose remarquable! nous avons vu cet état avec toutes les conditions particulières aux lochies, avec leur suppression, avec leur nature séreuse ou même sanguinolente; tandis que dans des cas où les lochies étaient puriformes, nous n'avions trouvé dans l'utérus qu'un enduit muqueux, blanchâtre, mais point de fausses membranes. » (Boivin et Dugès, *Trait. prat. des Malad. de l'utérus*, t. II, p. 210).

Il peut arriver que l'inflammation reste bornée à la superficie des parois internes

de la matrice sans intéresser manifestement toute l'épaisseur de ces parois ; très-souvent néanmoins le tissu charnu lui-même est envahi par la phlegmasie, et alors il en résulte une augmentation plus ou moins considérable dans le volume de l'organe. Mais il faut bien faire attention de ne pas rattacher à un travail morbide la tuméfaction normale de l'utérus après un accouchement récent. Selon Boivin et Dugès (*loc. cit.*, t. II, p. 207), on doit croire la matrice pathologiquement tuméfiée lorsque son volume dépasse celui de la tête d'un fœtus à terme dans les deux premiers jours, celui du poing vers le troisième et les suivants, jusqu'au huitième où il ne doit plus guère avoir que le double en diamètre des dimensions ordinaires. Dans les cas où l'inflammation est peu intense le tissu utérin paraît rouge, gonflé, gorgé d'une quantité de sang plus considérable que dans l'état naturel, et en même temps sa dureté et sa consistance sont plus grandes. D'autres fois, et cela particulièrement quand la phlegmasie a été très-vive, le tissu de la matrice a perdu notablement de sa cohésion ; il est flasque, coloré en rouge-brun plus ou moins foncé, et présente des degrés très-variables de ramollissement. «Le ramollissement peut avoir lieu dans un très-court espace de temps. Souvent chez des femmes qui succombent très-peu de jours après que des signes d'irritation se sont manifestés du côté de l'utérus, on trouve ses parois tellement ramollies, qu'en les tiraillant faiblement, ou en les pressant assez légèrement avec le doigt, on les perfore ; quelquefois même la friabilité des parois utérines est devenue telle, que pendant la vie elles se rompent spontanément, surtout lorsque l'utérus contient le produit de la conception qui pèse mécaniquement sur ces parois sans résistance. » (Andral, *Précis d'Anatomie pathologique*, t. III, p. 679).

Cependant quelques pathologistes, tout en admettant que le ramollissement du tissu utérin est un des signes les plus constants de son inflammation, pensent que l'utérus peut être atteint d'un ramollissement non inflammatoire, comme cela a lieu pour d'autres viscères, tels que le cerveau, l'estomac, la rate, etc.; à l'appui de cette opinion ils citent des cas dans lesquels la matrice a été trouvée ramollie et presque réduite à un état de diffluence, sans qu'il ait existé, soit pendant la vie, soit après la mort, aucun phénomène inflammatoire certain. Il est bon de remarquer que ces ramollissements de l'utérus dont le caractère inflammatoire ne peut pas être démontré, ont presque toujours été rencontrés en même temps que le ramollissement de beaucoup d'autres organes et un état de diffluence générale du sang chez des femmes qui avaient succombé à des fièvres graves.

La métrite se termine souvent par suppuration et alors indépendamment des caractères dont il vient d'être parlé, on rencontre du pus dans l'épaisseur même des parois de l'utérus ordinairement plus près de la face externe que de l'interne. Quelquefois ce liquide, qui parfois est visqueux et coloré en grisâtre ou verdâtre, est répandu à l'état de diffusion entre les fibres charnues de la matrice ; il en existe dans quelques cas une si grande quantité que tout le tissu utérin paraît comme macéré. C'est tout au plus si on peut reconnaître quelques fibres décolorées ou grisâtres, déchirées et sans consistance. Dans ce cas et avant qu'on ait incisé la matrice, on remarque à sa surface extérieure des saillies larges et aplaties, molles, fluctuantes. Ces infiltrations purulentes peuvent se propager en bas sur les parties latérales de manière à communiquer avec celles qui existent entre les feuillets des ligaments larges et dans le tissu cellulaire du bassin. D'autres fois le pus existe à l'état de collections circonscrites au milieu du tissu de la matrice. Ces abcès, dont le volume varie depuis celui d'un petit pois ou d'une tête d'épingle jusqu'à celui d'une grosse noix et même davantage, varient aussi par leur nombre ; tantôt il n'y en a qu'un seul, tantôt il en existe un certain nombre distancés les uns des autres ; le tissu de la matrice qui les entoure conserve quelquefois son aspect normal, mais le plus souvent il est rouge, engorgé ou bien grisâtre, jaunâtre et plus ou moins ramolli.

La surface externe de l'utérus présente souvent dans la métrite quelques circonstances à noter ; on y voit des taches rougeâtres ou brunâtres plus ou moins éten-

dues et qu'on peut même apercevoir à travers la membrane péritonéale, on y voit aussi les tumeurs plus ou moins larges et aplaties, dont nous avons déjà parlé, et qui sont le résultat de l'infiltration purulente dans les couches externes du tissu utérin. Dans le plus grand nombre des cas, la couche celluleuse qui sert de moyen d'union entre la matrice et le péritoine est le siége d'une infiltration séreuse ou purulente, parfois même les fibres les plus superficielles du tissu utérin sont comme disséquées. Nous faisons abstraction ici des altérations du péritoine lui-même, dont la phlegmasie complique si souvent la métrite puerpérale; elles seront exposées dans l'article consacré à la péritonite puerpérale.

Il n'est pas rare que la métrite puerpérale se termine par gangrène; on reconnaît cette altération à un état de ramollissement putrilagineux borné quelquefois à la face interne de la matrice; mais d'autres fois s'étendant plus profondément, de manière à intéresser le quart, le tiers ou même la moitié de l'épaisseur des parois utérines; les points gangrenés présentent une coloration brune, noirâtre ou grisâtre et exhalent une odeur fétide, nauséabonde. Ces plaques gangrenées, que M. Duplay a comparées à des escarres des parties molles produites par l'action de la potasse caustique, peuvent avoir une étendue variable; leur siége le plus fréquent est le col utérin que l'on trouve quelquefois complétement détruit par la mortification, mais elles peuvent aussi exister sur d'autres points du corps de l'organe. En examinant les parties frappées par la gangrène, on ne peut plus reconnaître la texture primitive de l'utérus, il n'y a plus qu'un putrilage noir et fétide s'enlevant facilement par lambeaux; la délimitation entre les portions gangrenées et les parties vivantes est le plus souvent nettement tranchée; tantôt ces dernières sont demeurées saines, tantôt elles sont atteintes de congestion et de ramollissement à divers degrés.

« D'autres fois, le ramollissement gangreneux de la face interne de l'utérus, au lieu d'être ainsi borné à certains points de la cavité utérine et d'être limité comme dans les escarres des parties molles extérieures, est plus étendu et occupe toute la face interne de l'organe. Le plus ordinairement, dans ce cas, il présente d'autres caractères que dans les cas précédents; au lieu d'être brun ou grisâtre, il est d'un rouge clair; dans les points qui en sont frappés, le tissu de l'utérus est converti en une sorte de pulpe rosée, sorte de gelée tremblante que M. Désormeaux comparait à de la gelée de groseilles ou de framboises d'une odeur fétide. Le tissu ramolli est ordinairement mobile sur le tissu sous-jacent; on l'enlève assez facilement quand on promène sur lui le tranchant d'un scalpel. Ordinairement l'étendue de cette altération est très-grande, non-seulement elle efface l'insertion du placenta, en occupant toute la face interne de l'utérus, mais encore elle s'étend souvent jusqu'au col et même jusqu'à la partie supérieure du vagin. Quand le ramollissement de l'utérus est aussi étendu en surface, il ne l'est pas toujours beaucoup en profondeur. Quelquefois il ne s'étend pas à plus de quelques lignes; quelquefois, au contraire, il frappe presque toute l'épaisseur des parois utérines. Avec ces ramollissements si étendus se rencontrent aussi dans les organes voisins des traces non douteuses d'inflammation.» (Duplay, *Journal compl. des Sciences Médicales*, t. XLII, p. 8.)

Dans certains cas, il se forme dans le col de l'utérus des ecchymoses profondes accompagnées de contusion qui rendent cette partie molle et lui donnent une couleur brune; cet état du col utérin, produit le plus ordinairement par un travail d'accouchement long et laborieux, a été observé plusieurs fois par Boivin et Dugès, dans des cas où la promptitude de la mort n'avait pas permis à l'inflammation de s'établir et de passer à la gangrène; M. Danyau a également parlé de cette lésion (*Thèse* de Paris, 1829, p. 9), en faisant remarquer qu'elle doit être soigneusement distinguée de la gangrène. Les caractères propres à la faire reconnaître sont l'absence de la fétidité et de l'état sanieux.

On attribue généralement la formation de la gangrène dans la métrite puerpérale, à la violence de l'inflammation de la matrice; cependant cette opinion n'a

pas été admise par tous les auteurs. Boër (*Nat. med. obst.*, lib. III, p. 176) la considère comme l'effet d'une altération particulière *sui generis* à laquelle il a donné le nom de *putrescentia uteri*. Wenzel admet trois espèces de gangrène de l'utérus : l'une qui succède à une violente inflammation, la seconde à une inflammation latente, et la troisième, indépendante de tout travail phlegmasique, est la conséquence d'un état de putrescence. Beaucoup de médecins pensent avec Désormeaux que dans un grand nombre de cas, le ramollissement gangréneux de l'utérus est le résultat d'une inflammation septique analogue au charbon et à la pustule maligne. C'est cette opinion qu'a adoptée M. Danyau, dans sa thèse sur la *Métrite gangréneuse*, que nous avons citée.

2° *Altérations des veines utérines chez les femmes qui ont succombé à la métrite puerpérale* (phlébite utérine). L'étude anatomo-pathologique des veines de l'utérus a été depuis quelques années l'objet de beaucoup de recherches importantes. Il y a déjà longtemps qu'on avait reconnu la présence du pus dans les veines; Chaussier insistait même sur ce fait toutes les fois qu'il en trouvait l'occasion; mais c'est Dance qui le premier a fixé particulièrement l'attention des médecins sur la phlébite utérine.

Selon M. Cruveilhier, qui a aussi beaucoup éclairé la question dont nous traitons, les cotylédons utérins chez une femme qui vient d'accoucher, présentent des orifices veineux béants, en tout semblables aux orifices veineux des membres amputés; pour que ces orifices veineux s'oblitèrent et se cicatrisent, un travail inflammatoire s'établit; c'est à cette inflammation que M. Cruveilhier a donné le nom d'*adhésive* toutes les fois qu'elle reste dans des limites convenables. « Si l'on examine les veines utérines après l'accouchement, on voit que toutes les veines qui répondent à l'insertion du placenta, et qui constituent une sorte de tissu érectile, sont remplies de caillots sanguins adhérents; que la *phlébite adhésive* est tantôt limitée aux cotylédons utérins, c'est-à-dire à la surface mamelonnée qui répondait à l'insertion du placenta; tantôt étendue des cotylédons aux veines utérines et ovariques, et même assez souvent aux veines hypogastriques, aux veines iliaques externes et aux veines iliaques primitives. » (Cruveilhier, *Dict. de méd. et chir. prat.*, t. XII, pag. 663.) Maintenant si, à l'occasion d'une métrite puerpérale, l'inflammation s'élève dans les veines à un degré d'intensité qui dépasse celui de la phlébite adhésive, les parois veineuses seront le siége d'une sécrétion purulente; ce sera alors la *phlébite suppurée* de M. Cruveilhier. Dance pensait que la phlegmasie pouvait avoir son point de départ dans le tissu utérin et de là se propager aux veines, mais il pensait aussi que souvent l'inflammation prenait naissance primitivement à l'embouchure des sinus utérins mis à découvert par le décollement du placenta, puis se propageait dans les innombrables veines qui serpentent dans les parois de l'utérus et enfin envahissait le tissu utérin lui-même; dans ce cas la métrite proprement dite serait consécutive à la phlebite utérine (Dance, *Mémoire sur la phlébite générale et sur la phlébite utérine*, nouvelle bibliothèque méd., juillet 1828).

Quoi qu'il en soit, un fait parfaitement acquis à la science par les observations de M. Ribes, Dance, MM. Cruveilhier, Tonnellé, Duplay, etc., c'est que souvent on rencontre de la matière purulente en plus ou moins grande quantité dans les veines de l'utérus frappé par une inflammation puerpérale; le plus ordinairement c'est dans les veines latérales, au point où elles se rassemblent pour abandonner l'utérus et se perdre dans le faisceau des veines ovariques, qu'on trouve ce liquide. Dans certains cas la présence du pus est bornée aux veines d'une seule moitié latérale de la matrice, particularité qui paraît résulter des variations que présente le placenta, relativement au lieu de son insertion (Dance, *mémoire cité*). Ce n'est pas seulement dans le système veineux utérin qu'on a trouvé du pus; une fois introduit dans la circulation veineuse, il y chemine mêlé au sang bien au delà de la sphère de la matrice. On en a vu dans les veines rénales, dans la veine cave inférieure, dans les cavités mêmes du cœur droit, etc. Le pus trouvé dans l'intérieur des veines

est tantôt liquide, sanieux, d'une couleur lie de vin; tantôt, au contraire, il est épais, crémeux, blanc ou jaunâtre, et présente tous les caractères du pus phlegmoneux; dans beaucoup de cas il est entouré, circonscrit par des caillots sanguins.

Si on examine l'état des veines elles-mêmes dans les points correspondants au pus contenu dans leur intérieur, on trouve deux ordres de faits. Tantôt les parois veineuses présentent des traces non équivoques d'un travail inflammatoire; elles sont épaisses, ramollies, inégales, rugueuses, friables, souvent la membrane interne est rouge, injectée et recouverte par une couche plus ou moins épaisse d'un produit pseudo-membraneux. Tantôt, au contraire, les tuniques veineuses ne paraissent avoir éprouvé aucune modification notable dans leur organisation, la membrane interne surtout est demeurée pâle ou légèrement rosée, et a conservé tout son poli.

Il reste à expliquer la présence du pus dans l'intérieur des veines. Ce sujet, longuement discuté et débattu, a fait naître plusieurs théories dont nous allons exposer succinctement les principales; l'étude approfondie de cette question sera mieux placée dans une autre partie de cet ouvrage où il sera traité de la phlébite en général. D'après une manière de voir adoptée aujourd'hui par un grand nombre de pathologistes, le pus que l'on trouve dans les veines serait toujours le produit de la sécrétion des parois veineuses enflammées, c'est-à-dire d'une phlébite. C'est cette doctrine que Dance a professée l'un des premiers, et qui compte au nombre de ses défenseurs les plus exclusifs MM. Cruveilhier, Tonnellé, etc. Une autre opinion, particulièrement soutenue par Maréchal, Legallois, M. Velpeau, etc., admet la résorption du pus en nature par les radicules veineuses et son transport dans le torrent circulatoire. L'une et l'autre de ces théories s'appuie sur des faits et des arguments d'une grande valeur. Boivin et Dugès, après avoir admis l'existence d'une phlébite dans les cas où les tuniques veineuses étaient le siége de lésions phlegmasiques appréciables, s'expriment ainsi : « Mais, dans le cas contraire, quand il est bien reconnu que le tissu des veines est sain là où elles contiennent du pus liquide, nous ne pouvons accorder à Dance qu'il soit évidemment le produit d'une vraie phlébite; c'est à tort, selon nous, qu'il l'affirme, et que M. Danyau répète, après lui, que toujours ces veines sont ridées et rouges : cela est rare, au contraire. M. Tonnellé, dans les observations qu'il rapporte, nous présente des cas dans lesquels les veines ont conservé leur poli, et, parce que la teinte en était jaunâtre, il veut aussi y voir des traces de phlébite, tandis que, dans d'autres observations, il décrit fort bien des phlébites véritables (*Archives*, mars 1830). En vain veut-il, pour échapper à l'induction rigoureuse d'un fait à un autre, nous représenter les sinus utérins comme organisés tout autrement que les veines proprement dites; n'en ont-ils pas du moins la tunique interne, et n'est-ce pas cette tunique qui doit sécréter les produits morbides qu'on trouve dans la cavité des vaisseaux? Cette opinion a été d'ailleurs parfaitement réfutée par M. Duplay (*Journal complémentaire*), qui pense, comme nous, qu'il n'y a que bien rarement vraie phlébite dans ces circonstances. Est-il donc si difficile d'admettre que ce pus est passé dans les veines, sans que celles-ci soient, pour ainsi dire, individuellement enflammées? Si les veines absorbent, comme l'ont pensé tant de physiologistes; si elles absorbent le pus, après les amputations, les grandes plaies, comme l'ont démontré M. Velpeau, Legallois et autres, comme l'ont reconnu aussi M. Blandin, après une amputation du col de l'utérus, et M. Andral, après une infiltration de pus dans l'excavation du bassin chez une femme en couches, ne peut-il pas en être de même dans un utérus enflammé, soit que les matériaux en soient pris à la surface interne, à la surface externe du viscère, soit qu'ils proviennent de son tissu même par absorption interstitielle? Le plus souvent il y avait un enduit purulent à l'extérieur ou à l'intérieur quand les veines contenaient du pus; et M. Montault (*Journal complémentaire*, t. XL, p. 21) a publié l'observation bien curieuse, sous ce rapport, d'une métro-péritonite à la suite de

laquelle les veines utérines furent trouvées pleines d'une matière putride et sanieuse pareille à celle qui tapissait intérieurement la matrice. Dans le peu de cas seulement qui faisaient exception, on pouvait croire qu'une métrite phlegmoneuse commençante, et probablement partielle, avait fourni le produit morbide. » (*Loc. cit.*, t. II, p. 217.)

Quelle que soit, du reste, l'origine première du pus que l'on trouve dans l'intérieur des veines, toujours est-il que ce produit de sécrétion morbide donne lieu, par son mélange et son transport avec le fluide sanguin, à tous les accidents attribués à l'infection purulente. Au nombre de ces accidents, et en première ligne, doivent être placées la formation de ces abcès multiples que l'on a désignés sous le nom de *métastatiques*, et que l'on rencontre dans ces cas au milieu des tissus des principaux viscères, comme les poumons, le foie, le cerveau, etc.; l'altération du sang caractérisée par une grande fluidité et une couleur noire plus ou moins foncée. Les abcès viscéraux multiples, consécutifs à l'infection purulente, ont été notés bien des fois chez les femmes mortes de métrite puerpérale depuis la publication du remarquable travail de Dance; toutefois, Boivin et Dugès pensent que cet auteur en a singulièrement exagéré la fréquence. Nous n'insisterons pas ici sur le mécanisme de la formation de ces abcès : ce sujet appartient à l'histoire de la phlébite générale. Signalons encore, d'après Dance et la plupart des auteurs, comme un des funestes effets de la présence du pus dans le torrent circulatoire, le développement des symptômes qui caractérisent l'état typhoïde.

3° *Altérations du système lymphatique utérin.* Des lésions analogues à celles que nous venons de signaler dans les veines ont été rencontrées dans les vaisseaux lymphatiques de l'utérus et dans les ganglions auxquels ces vaisseaux aboutissent. MM. Cruveilhier, Tonnellé, Nonat, et beaucoup d'autres, ont vu, à la suite de la métrite puerpérale, les lymphatiques gorgés, distendus par un pus blanc, lactiforme; dans quelques cas les tuniques vasculaires offraient des traces de phlogose; mais d'autres fois, et plus souvent, elles avaient conservé leur état normal. Les ganglions lymphatiques ont, au contraire, été trouvés enflammés dans le plus grand nombre des cas, alors même que les vaisseaux lymphatiques ne présentaient aucune trace d'inflammation, bien que leur cavité contînt de la matière purulente. Ici, comme au sujet des veines, il existe une divergence d'opinion à l'égard de l'origine du pus; les uns veulent qu'il soit le résultat de la sécrétion des parois vasculaires enflammées; d'autres prétendent qu'il est puisé au moyen de l'absorption par les lymphatiques au milieu des foyers purulents préexistants.

Traitement. La métrite puerpérale réclame la médication antiphlogistique, du moins tant que l'apparition des symptômes typhoïdes n'a pas lieu. Cependant M. Lisfranc pense, et son opinion est basée (dit-il) sur des faits excessivement nombreux, qu'on ne doit pas extraire du sang, surtout par les veines pour combattre les métrites ou les métro-péritonites puerpérales. (*Cliniq. chir. de la Pitié*, t. II. p. 625).

La phlébotomie brachiale recommandée par Galien, Paul d'Egine, Avicenne, Mauriceau et par la grande majorité des praticiens, semble être la saignée la plus avantageuse. Combien de fois devra-t-on saigner? quelle quantité de sang devra-t-on tirer? On est guidé ici comme ailleurs par l'état, la constitution des malades, les caractères physico-chimiques du sang extrait, etc.

On secondera puissamment la phlébotomie en lui adjoignant des saignées locales. Il importera donc d'apposer un bon nombre de sangsues (20, 30, 40 et plus) aux régions hypogastrique, inguinale, vulvaire ou anale; si on avait recours aux ventouses scarifiées pour opérer la saignée capillaire, on les appliquerait sur le bas-ventre, aux lombes ou aux cuisses. En même temps qu'on ôtera du sang, on fera recouvrir le ventre et les organes extérieurs de la génération de fomentations ou de cataplasmes émollients : on fera faire des injections émollientes dans le vagin, et peu de temps après l'accouchement on portera ces injections jusque dans la cavité même de l'utérus. Les malades seront soumises à une diète sévère, elles

prendront pour tisane des boissons adoucissantes, acidulées, quelquefois légèrement antispasmodiques. Lorsque la constipation ne cédera pas à des quarts de lavements émollients il sera convenable d'administrer une potion laxative. Toutes les fois que les bains ne causeront pas aux malades un déplacement douloureux on en conseillera l'usage. Quant au bain de vapeur préconisé par Chaussier, comme très-utile au début de la maladie lors du frisson, il est aujourd'hui inusité. La succion des mamelles, l'application de ventouses auprès ou sur ces organes mêmes sont des moyens qui sont généralement considérés comme infidèles; M. Duparcque les a vus cependant diminuer l'irritation du ventre.

Lorsque les agents antiphlogistiques proprement dits ne parviennent pas à faire obtenir la résolution des engorgements utérins, il est à propos de chercher à la favoriser par quelque autre médication ; souvent alors on prescrit avec avantage certains dérivatifs cutanés ou intestinaux (vésicatoire aux cuisses). M. Lisfranc, recommande de le mettre au bras où il établira, dit-il, une révulsion dont il a eu souvent à s'applaudir, mais il craindrait que le vésicatoire n'agît au bénéfice de la phlegmasie, si elle ne commençait pas déjà à décliner ou si elle n'était pas à son summum d'intensité, depuis cinq ou six jours (*Cliniq. chir. de la Pitié*, t. II, p. 625). Des purgatifs doux tels que l'huile de ricin, les sels neutres, souvent même les dérivatifs sont employés à une époque où les saignées ne sont pas encore complétement abandonnées. Quelques autres moyens agissant peut-être comme contre-stimulants méritent d'être mentionnés ici, nous voulons indiquer particulièrement l'émétique et le mercure. Le premier de ces médicaments est recommandé par M. Duparcque pour résoudre les engorgements de l'utérus réfractaires à l'emploi des saignées ; ce médecin administre le tartre stibié par absorption cutanée ; redoutant les secousses des vomissements, il l'emploie en frictions réitérées sur de grandes surfaces.

« Cette médication, dit M. Duparcque, m'a paru produire des résultats incontestables en activant d'une manière remarquable la résolution de la métrite, lorsque, après avoir employé le traitement ordinaire, cette maladie tendait à rester stationnaire. » (*Traité des alt. org. de l'utérus*, p. 174.)

Pour preuve de cette assertion, ce praticien rapporte l'observation suivante : « Mademoiselle ***, âgée de vingt-six ans, fortement constituée, accouche le 15 février 1828. Le 20, à la suite d'une émotion profonde, frisson, affaissement brusque des seins; les lochies continuent. Le 21, abdomen tendu, dur et douloureux; tranchées utérines violentes et rapprochées; fièvres, urines rares et d'une excrétion douloureuse, constipation (50 *sangsues*, *cataplasmes*, *etc.*). 22, abdomen souple, permettant de sentir le corps de la matrice, qui dépassait les pubis de plusieurs pouces, et était engorgée, dure et douloureuse à la pression; continuation des tranchées utérines. 25 *sangsues à l'hypogastre* procurent une saignée très-abondante. 23. Même état de l'utérus, décoloration générale, affaissement, pouls petit, mou, à 120 pulsations (*frictions avec la pommade stibiée* à la partie interne des membres et sur les côtés du tronc). 24. Utérus moins volumineux. 25 et 26, la résolution continue, et le 27 on sent à peine cet organe dans la région hypogastrique. 5 *gros d'émétique* ont été employés. » (*Loc. cit.*)

Quant au mercure employé également à l'extérieur en frictions sous forme de pommade, d'onguent, il est préconisé par un grand nombre de praticiens distingués. Les frictions mercurielles à haute dose sont un des meilleurs moyens à opposer à la métrite puerpérale; on les rend plus puissantes encore en ajoutant de l'opium à la pommade mercurielle. D'après Dugès et Boivin, le mercure est peut-être plus utile dans les maisons particulières que dans les hôpitaux. Pour éviter les redites, nous renverrons à l'article *Péritonite puerpérale* certains détails pratiques relatifs aux frictions mercurielles et à d'autres médications.

Quelle est la modification thérapeutique exigée par la forme typhoïde? Nous dirons avec la majorité des auteurs et des praticiens : dans ces métrites graves, insistez peu sur les émissions sanguines;

comptez plutôt sur les purgatifs, sur les frictions mercurielles. (Legallois.)

Dance recommande alors les anti-septiques; Dugès et Boivin n'hésitent pas à dire que dans ces circonstances quelques toniques, le quinquina, leur ont paru utiles. Ces auteurs portent le même jugement sur l'action des vésicatoires. Rappelons enfin que, dans certains cas de métrite puerpérale sporadique ou épidémique, mais compliquée d'état bilieux, on peut se décider à prescrire un vomitif au grand avantage des malades. Nous exposerons la méthode de Doulcet à l'occasion de la péritonite puerpérale.

La thérapeutique de cette affection se compose donc d'agents doués de propriétés diverses. Désormeaux, en appropriant le traitement aux indications, compta trois guérisons sur quatre malades à l'aide de la saignée; une sur trois par les frictions mercurielles; quatre sur cinq à l'aide du vomitif.

Si on faisait des recherches cliniques et statistiques sur les purgatifs, les résultats obtenus viendraient-ils confirmer cet aphorisme de Mauriceau : tous les remèdes purgatifs sont pernicieux à la femme qui a une inflammation de la matrice? Nous ne le croyons pas.

ARTICLE XVII.

Leucorrhée.

Nous décrirons sous le nom de *leucorrhée*, l'écoulement catarrhal, indolore et en quelque sorte idiopathique, qui provient de la membrane muqueuse du vagin, de celle de l'utérus et parfois de celle qui tapisse les trompes de Fallope. Mais nous n'entendons pas nous restreindre à ne parler que de l'écoulement de couleur blanche, comme l'indique cependant le sens littéral du mot leucorrhée.

Causes. Nous ne saurions nous astreindre à ranger les causes de la leucorrhée en causes prédisposantes et en causes déterminantes, car les causes multiples de cette maladie se prêtent mal à cette division scolastique; aussi certaine cause considérée par un auteur comme prédisposante, est indiquée par un autre comme déterminante. Nous allons toutefois nous efforcer dans l'exposition étiologique qui va suivre d'énumérer d'abord les causes prédisposantes, et en dernier lieu les causes déterminantes le mieux appréciées.

Les *flueurs blanches* paraissent s'établir assez fréquemment sous l'influence d'une disposition organique héréditaire. Tel est au moins le sentiment de Raulin, de Blatin, de Pinel, Handlwig, Quelmatz, Verner, Gulbrand, et de beaucoup d'autres. Une constitution mauvaise, débile, innée ou acquise, prédispose à la leucorrhée; c'est une opinion que l'expérience vient souvent sanctionner.

Si M. Marc-Despine a trouvé un résultat contraire, c'est-à-dire, prédominance de la constitution robuste, il faut se rappeler que les observations de ce médecin ont été faites dans un hôpital consacré aux maladies vénériennes, et que presque toujours ses recherches ont porté sur des affections étrangères à celle qui nous occupe en ce moment. C'est sans doute aussi par cette même raison que M. Marc-Despine en cherchant le rapport de fréquence chez les personnes brunes et chez les blondes, a rencontré un plus grand nombre de leucorrhéiques ayant des cheveux et des yeux brun-noir. Ce résultat statistique toutefois est contredit par celui de MM. H. Blatin et Nivet : « Car, disent ces observateurs, nous trouvons que les personnes qui ont les yeux bleus ou gris et les cheveux châtains ou blonds, sont plus exposées aux flueurs blanches que celles qui ont des yeux et des cheveux noirs ou bruns... Nous voyons que conformément aux anciennes idées, abstraction faite de la couleur des yeux et des cheveux, les tempéraments lymphatico-nerveux et lymphatique dominent parmi les femmes sujettes aux écoulements blancs. » (*Mal. des fem. qui déterminent des flueurs blanches*, p. 79.) Le tempérament lymphatique signalé généralement par les auteurs nous semble une cause réelle de flueurs blanches, car rien n'est plus ordinaire que de rencontrer cette affection chez les femmes faibles dont les chairs sont molles et la peau décolorée.

Le temps de la période utérine, c'est-à-dire de quinze à quarante-cinq ans est

l'époque de la vie où la leucorrhée est le plus fréquente. Hippocrate en avait fait la remarque. Sur 135 leucorrhéiques, Blatin en a trouvé 106, durant la période utérine, 15 avant la menstruation, 14 après la ménopause. Aucun âge n'est exempt de cette maladie. Neuter, Sennert, Dolœus et plusieurs autres l'ont vue chez de petites filles âgées seulement de huit, six, quatre et deux ans. Hoffmann observa même cette affection chez un enfant nouveau-né, tandis que Charleton parle d'une femme atteinte de leucorrhée à l'âge de soixante-dix-sept ans; mais cette maladie est un phénomène rare aux âges extrêmes de la vie, rare surtout dans la vieillesse confirmée.

Les pays froids et humides sont ceux où les flueurs blanches sont pour ainsi dire endémiques ; tels sont la Hollande, la Belgique, l'Angleterre, une très-grande partie de la France, etc. M. Marc-Despine sur quatre-vingts femmes nées dans le nord ou dans le centre de la France, n'en a compté que vingt-sept exemptes de flueurs blanches. La proportion des leucorrhéiques a été trouvée moins grande sur des femmes du midi ou du centre de la France, observées par M. Girard à Marseille; car ce médecin n'a constaté sur vingt-cinq d'entre elles que sept cas de flueurs blanches. Les personnes qui viennent habiter une ville où la leucorrhée est commune, sont souvent atteintes par cette maladie peu de temps après leur arrivée, alors qu'elles ne sont pas encore acclimatées. Les femmes qui sortent de leur province pour se rendre et séjourner dans certaines capitales (Paris, Londres, Vienne), ne tardent pas à être leucorrhéiques. L'influence de l'air atmosphérique des villes est quelquefois bien prompte à se manifester. Une dame citée par M. Andral était prise de flueurs blanches aussitôt qu'elle venait à Paris, et guérissait rapidement quand elle allait à la campagne. Toutes choses égales d'ailleurs, il va sans dire que dans un même climat les localités le plus en butte au froid humide seront celles qui faciliteront la naissance de la leucorrhée. Les habitations situées auprès des marais, dans des vallées étroites et profondes, prédisposent incontestablement les femmes à cette maladie. Les maisons récemment construites, abstraction faite du lieu qu'elles occupent, ont encore la fâcheuse puissance de provoquer les écoulements leucorrhéiques. La fréquence de ces écoulements est probablement plus grande durant les saisons froides et humides. Leake assure qu'en Angleterre au moins ils sont beaucoup plus nombreux en automne que dans les autres saisons.

Les flueurs blanches peuvent naître sous l'empire d'une constitution épidémique. On trouve dans les annales de Breslaw la relation intéressante d'une leucorrhée épidémique qui se développa dans cette ville pendant les trois derniers mois de l'année 1702. Depuis cette époque on eut l'occasion de voir dans divers pays les flueurs blanches affecter simultanément un grand nombre de femmes. Ces sortes d'épidémies ont été observées en Italie par Morgagni (1710), à Berlin (1722, *Acad. méd.*, Berolin.); à Halle de Magdebourg (1730), par Bassius ; à Paris (1765), par Raulin; en Angleterre, par Leake. J.-B. Blatin parle encore d'une petite ville de France où il y eut un assez grand nombre de personnes atteintes de flueurs blanches au commencement de l'hiver de l'année 1769.

La leucorrhée épidémique s'est presque toujours montrée pendant des automnes ou des printemps plus froids et plus humides que de coutume ; ce qui prouve l'influence réelle de l'air froid et humide sur le développement de cette maladie.

Les vêtements trop légers et qui ne couvrent pas chez les femmes certaines parties du corps, favorisent le développement de la leucorrhée en ne s'opposant pas suffisamment à l'action nuisible d'un air insalubre.

Plusieurs médecins, J.-B. Blatin entre autres, pensent que le corset exerce une constriction qui gêne le retour des fluides et cause des flueurs blanches. L'abus des bains chauds est selon F. Plater une cause prédisposante de cette affection ; d'autres l'ont cité comme cause déterminante, tant il est difficile de séparer souvent ces deux ordres de causes. Les injections, les lotions d'eau chaude ont un mode d'action analogue à celui des bains chauds.

Les aliments féculents, les poissons, les coquillages, les fruits non mûrs ou trop aqueux et acides ont été accusés par Roderic à Castro, Sennert, Primerose, et beaucoup d'autres de produire des flueurs blanches. Le laitage a encore été généralement indiqué ; puis la bière nouvelle, le cidre, le poiré, l'eau de certains pays (l'eau de la Vienne, Raulin), l'usage continu du thé, celui du café au lait. MM. Lagneau et Lisfranc ont observé des faits concluants sur la propriété de ce dernier breuvage.

Les changements et les écarts de régime alimentaire peuvent être souvent suivis de l'apparition d'un écoulement leucorrhéique ou de son augmentation lorsqu'il préexiste. Les purgatifs et principalement les substances emménagogues produisent parfois un semblable effet.

Les affections morales si puissantes sur l'organisme doivent être mises au nombre des causes de la maladie qui nous occupe : du moins les passions tristes, les peines du cœur, ces dispositions mentales agissent tout à la fois comme causes prédisposantes et comme causes déterminantes.

Le genre de vie, d'occupations, a sans nul doute une action sur la production ou l'absence de la leucorrhée ; mais jusqu'à ce jour on n'a rien appris de bien positif sur l'influence incontestable de tel ou tel mode de vie, de telle ou telle profession.

Les uns ont cru remarquer la fâcheuse influence des travaux trop pénibles, celle de la vie mondaine. D'autres et en plus grand nombre pensent au contraire que les flueurs blanches sont plus communes chez les personnes oisives et sédentaires, conformément à l'opinion d'Avicenne. On doit à MM. Blatin et Nivet quelques recherches statistiques sur la fréquence des flueurs blanches dans certaines professions.

Voici le tableau dressé par ces auteurs. (*Loc. cit.*, p. 98.)

Professions sédentaires.

		Ayant.	N'ayant pas de flueurs blanches.
1re Série.	Lingères, couturières, filles de boutique.	31	9
2e —	Coloristes, fleuristes, cartonnières, brocheuses.	6	2
3e —	Ravaudeuses, brodeuses, culottières, matelassières, gantières, cotonnières.	12	3
	Total.	49	14

Professions non sédentaires.

		Ayant.	N'ayant pas de flueurs blanches.
4e Série.	Domestiques, garde-malades.	11	10
5e —	Marchandes des quatre-saisons.	6	6
6e —	Journalières.	24	8
7e —	Femmes entretenues et prostituées.	4	1
8e —	Repasseuses.	5	2
9e —	Blanchisseuses.	8	0
	Total.	58	26

L'influence réelle exercée par une profession sur telle ou telle maladie est souvent fort difficile à apprécier, car les individus d'un même état diffèrent parfois beaucoup entre eux sous le rapport de la constitution, du régime hygiénique, des habitudes et des mœurs.

L'onanisme, le coït trop répété, l'introduction de divers corps étrangers dans le vagin, l'usage des chaufferettes, sont des causes déterminantes mentionnées partout.

Beaucoup de maladies prédisposent à la leucorrhée ou l'occasionnent : telles sont les scrofules, la chlorose, la vaginite, les déplacements de l'utérus, l'asthénie des organes génitaux, les dérangements de la menstruation, l'accouchement, l'avortement, l'état de grossesse.

Les troubles divers de l'appareil diges-

tif paraissent souvent faciliter l'apparition des flueurs blanches, car on les a vues coïncider avec les efforts de la dentition, les gastrites chroniques, les vers intestinaux, la constipation et même avec l'ascite. On a considéré encore la phthisie et quelques autres affections morbides, comme causes de leucorrhée.

Chez quelques femmes et danscertaines circonstances particulières les flueurs blanches se montrent d'une manière métastatique, après la suppression plus ou moins brusque de la transpiration, de la sueur habituelle des pieds, d'un flux hémorrhoïdal, d'une diarrhée, de la sécrétion laiteuse chez les femmes qui ne nourrissent pas. La leucorrhée s'est encore établie peu de temps après la fermeture d'ulcères et d'exutoires.

Quelques auteurs, Stork, Raulin, Fonseca, ont attribué cette maladie à la disparition du coryza, d'expectoration, de vomissement antérieurs. Enfin la répercussion de la goutte, du *vice dartreux* a parfois donné naissance à des écoulements leucorrhéiques.

Parmi les causes nombreuses que nous venons d'exposer, il en est dont l'action est bien incertaine, comme la compression du corset, celle d'une ascite, la propriété de l'eau de la Vienne ou du Danube, celle du thé, etc. Mais il en est dont l'influence ne saurait être révoquée en doute, ce sont le tempérament lymphatique, l'air froid et humide, une mauvaise nourriture, la chlorose, les troubles de la menstruation, etc.

La cause immédiate de la leucorrhée est encore inconnue ; Sennert, Rivière, Boerhaave, Raulin, Astruc, ont vainement cherché à la découvrir. Que penser aujourd'hui de cette opinion de P.-N. Zimmermann qui attribuait la cause intime de la leucorrhée à l'action d'*un certain sel?*

Symptômes. L'écoulement plus ou moins abondant par l'orifice vulvaire d'un liquide séro-muqueux, constitue le principal, sinon le seul symptôme local de la leucorrhée. Ce liquide produit de la sécrétion hypernormale, de l'hypercrinie des surfaces muqueuses de l'utérus et du vagin, présente des qualités variables : le plus souvent blanc ou incolore, il ne forme sur le linge qui le reçoit qu'une tache à peine appréciable, après sa dessiccation il fait paraître comme empesée la toile qui en est imprégnée, et se détache facilement par le frottement sous forme de petites écailles ou d'une poudre blanche. Quelquefois l'écoulement leucorrhéique est légèrement coloré en jaune ou en jaune-verdâtre, et alors il ne justifie plus le nom de flueurs blanches sous lequel les femmes le désignent souvent ; il est tantôt ténu et comme séreux, tantôt au contraire d'une certaine densité qui lui donne l'aspect du lait ou de la crème ; souvent on y observe dans une proportion plus ou moins considérable des flocons d'une matière visqueuse assez analogue à de l'albumine non coagulée. L'abondance du flux leucorrhéique varie à l'infini. Dans certains cas légers les parties sont seulement un peu plus humides et plus lubréfiées que de coutume, d'autres fois l'écoulement est si copieux que les femmes sont obligées de se garnir de la même manière qu'elles le font à l'époque des règles. Dans un cas rapporté par M. Janin (*Thèses de Paris*, nº 129, 1819), une demoiselle de treize ans, à laquelle Alibert donnait des soins, rendait par le vagin une matière laiteuse ou caséiforme, si abondante, qu'on pouvait en remplir des verres ou même des bassins.

Voici un autre exemple d'un flux leucorrhéique énorme.

Une dame dont il est question dans le *Mercure*, 1735, eut une perte blanche si considérable, qu'on dût avoir des craintes pour sa vie. « Cet écoulement, dit l'auteur de cette observation, étoit continuel et très-abondant, en sorte que la malade étoit hors d'état de se lever et de se tenir même assise, tant elle étoit épuisée. Je commençai par vuider la plénitude du corps par plusieurs saignées réitérées et par quelques purgatifs assez doux ; je la mis ensuite dans l'usage d'une décoction d'esquine et de salsepareille, après lui avoir fait prendre auparavant, pendant quelques jours, le baume de copahu dans un demi-verre de thé. Enfin cette femme, après trois mois de maladie, est aujourd'hui en parfaite santé. » (*Bibliothèque de méd. de Planque*, t. 1, p. 78.)

Quelque abondante que soit la leucorrhée, la matière qui s'écoule du conduit vagino-utérin ne possède aucune propriété irritante et ne produit jamais sur les parties qui sont en contact avec elle, ces inflammations ou ces excoriations qui sont si souvent déterminées par les écoulements blennorrhagiques, ou par ceux qui sont symptomatiques d'une violente phlegmasie ou de lésions organiques. Nous savons bien que les caractères que nous venons d'assigner à la matière leucorrhéique ne sont pas en tout conformes à ceux qui ont été mentionnés par beaucoup d'auteurs, mais la différence vient de ce que ces auteurs ont compris dans leur description tous les écoulements qui proviennent des parties génitales, qu'ils soient idiopathiques ou symptomatiques ; tandis que nous, guidés en cela par les recherches modernes, nous ne rattachons à la leucorrhée que ce seul état morbide qui consiste dans l'augmentation de sécrétion de la muqueuse génitale, indépendamment de toute lésion organique appréciable.

Dans la grande majorité des cas les flueurs blanches proviennent en même temps du vagin et de la cavité utérine, mais il n'en est pas toujours ainsi, et alors l'hypersécrétion est limitée tantôt à la muqueuse vaginale, tantôt à la muqueuse utérine. « Quand on cherche à déterminer quels sont les points qui fournissent l'écoulement connu sous le nom de flueurs blanches, on reconnaît qu'il vient presque toujours, en grande partie, sinon en totalité, de l'intérieur de la matrice. Cependant il est des femmes qui offrent bien réellement une hypersécrétion de la muqueuse vaginale. Ce fait est incontestable pour les flux muqueux blancs qui surviennent pendant les derniers mois de la gestation. Quant à ceux qui se montrent au commencement de la grossesse, il arrive souvent qu'ils sont fournis et par le vagin et par le col utérin, qui n'est pas encore complétement effacé ; nous avons été à même de vérifier plusieurs fois cette circonstance, qui déjà avait été signalée par M. Marc Despine.

» Voici, du reste, les caractères de la phlegmorrhée du canal vulvo-utérin. Examinée au speculum, la muqueuse vaginale est parfaitement saine ; sa couleur est normale ; l'orifice utérin est complétement vide, et le vagin renferme une quantité variable de mucus liquide, blanc, opalin, offrant la consistance du lait ou de la crême. Ce liquide soumis au microscope, paraît rempli de globules muqueux et d'écailles épidermiques ; il est toujours acide et n'est jamais épais et glaireux comme le mucus utérin.

» Il n'existe aucun symptôme local d'inflammation, et les phénomènes sympathiques sont rares ; ils ont manqué dans les cas peu nombreux que nous avons observés. Si quelques malades se sont plaintes de nausées et de vomissements, nous avons pensé que ces accidents devaient être attribués à l'état de grossesse. Du reste, nous n'avons rencontré ni les tiraillements d'estomac, ni la sensation de faim qui accompagnent si souvent la métrite catarrhale chronique et la phlegmorrhée utérine. » (Blatin et Nivet, *ouv. cité*, p. 214.)

Le flux utérin se reconnaît à d'autres caractères : il est plus dense, visqueux, albuminiforme, c'est lui qui forme exclusivement ces flocons que rendent si souvent les femmes affectées de flueurs blanches ; soumis aux réactifs chimiques, il paraît manifestement alcalin, tandis que, comme nous l'avons vu, le mucus vaginal est constamment acide. Mais on conçoit que sitôt que le produit de la sécrétion utérine a franchi le col, il se mélange avec le liquide contenu dans le vagin, et qu'alors une fois arrivé à la vulve il ne se présente plus avec ses propriétés primitives, à moins toutefois que le vagin ne participe pas à la phlegmorrhée ; il importe donc lorsqu'on veut s'assurer de la nature et de l'origine du mucus utérin, d'aller chercher dans le col lui-même les flocons muqueux qui y demeurent engagés, et qui souvent sont tellement adhérents par leur viscosité qu'on a de la peine à les détacher. « Cette grande viscosité annonce que le liquide provient exclusivement de la cavité du col : car il est moins épais quand la cavité du corps concourt à sa formation. » (Blatin et Nivet, *ouv. cité*, p. 216.)

L'inspection directe par l'exploration à l'aide du speculum suffit, du reste, pour rendre évident le point d'origine des mu-

cosités, puisqu'on les voit sourdre du museau de tanche notablement plus entr'ouvert que dans l'état normal, et que souvent sa cavité en est remplie.

Les conditions que nous venons d'indiquer ne peuvent laisser aucun doute sur le siége primitif de la sécrétion leucorrhéique, mais on ne peut arriver à les connaître que par l'examen à l'aide du speculum, examen qu'il est, d'ailleurs, fort important de pratiquer toutes les fois que des circonstances particulières ne s'y opposent pas ; mais dans les cas rares où cet examen ne peut être fait, on doit encore très-fortement soupçonner que les pertes blanches sont produites, au moins en partie, par la cavité utérine, lorsqu'elles sont abondantes et visqueuses, et que les femmes éprouvent à un certain degré des désordres fonctionnels du côté des organes digestifs, et d'autres symptômes généraux dont nous parlerons plus bas.

Parmi les femmes leucorrhéiques, il en est un certain nombre chez lesquelles l'écoulement est continu, bien que soumis à des variations assez grandes de quantité ; chez d'autres au contraire les pertes blanches ne se manifestent qu'avec des intermittences plus ou moins marquées, en rapport le plus souvent avec les périodes menstruelles. L'influence réciproque que la leucorrhée et la menstruation exercent l'une sur l'autre est, dans beaucoup de cas, si puissante que nous croyons devoir entrer à ce sujet dans quelques détails que nous puiserons en grande partie dans l'excellent livre sur la menstruation dû à M. le docteur Brierre de Boismont.

Les observations de M. le docteur Brierre ont porté sur 273 femmes atteintes de leucorrhée. Sur ce nombre 63 avaient vu leurs flueurs blanches commencer avant la première menstruation. Les deux tiers de ces 63 jeunes filles étaient blondes, nées dans les villes ou à Paris, celles de la campagne étaient en général lymphatiques ou scrofuleuses ; mais il y en avait dans le nombre dont la constitution était forte. Dans plusieurs des cas dont il est question, l'écoulement muqueux a cessé avec l'établissement des règles. La leucorrhée a paru avoir pour effet de retarder la première apparition des règles chez 31 de ces femmes, qui ont pu donner des renseignements précis sur l'époque à laquelle la menstruation s'était manifestée chez elles ; il résulte du tableau dressé par M. Brierre que terme moyen la première apparition menstruelle a eu lieu à l'âge de 19 ans 4 mois. Notons, au reste, que l'influence de la leucorrhée sur l'apparition des règles avait déjà été signalée par plusieurs auteurs, et que les recherches de M. le docteur Brierre n'ont fait que confirmer un fait déjà connu dans la science.

« La proportion des femmes chez lesquelles l'écoulement leucorrhéique a paru après les règles, est de 247. Les époques ont présenté des différences marquées. Chez un assez grand nombre, l'écoulement s'est montré immédiatement avec ou après la première menstruation ; mais chez plusieurs, il ne s'est déclaré qu'après 8, 10, 13, 15 et 17 ans. Parmi ces femmes, il en est dont la leucorrhée, qui existait déjà avant la menstruation, a augmenté après son établissement.

» Sur le nombre précédent, 155 voyaient ce flux se manifester quelques jours avant le retour, disparaître ou se masquer pendant l'éruption périodique, et se montrer de nouveau lorsqu'il était terminé. Dans la classe nombreuse des femmes qui étaient toujours leucorrhéiques, l'arrivée des règles était le signal d'un accroissement dans leur quantité.

» Baglivi prétend que les flueurs blanches cessent pendant les menstrues, tandis que la gonorrhée persiste. Ce grand praticien nous paraît s'être trompé ; il n'a point fait attention à la coloration que leur donne le sang. Les analyses chimiques et microscopiques mettent hors de doute la présence du mucus utérin et vaginal pendant les règles ; d'ailleurs, Baillou a vu couler les flueurs blanches avec le flux menstruel.

» La leucorrhée apparaissait depuis 1 jusqu'à 8 jours avant le flux menstruel. Elle était tantôt abondante, tantôt légère. Comme dans les règles, il y avait des intermittences. Elle était très-forte par moments, puis cessait complétement. Une fois établie, elle ne persistait

pas toujours pendant la durée de la vie utérine. Ainsi il y avait des femmes chez lesquelles l'écoulement, après avoir existé 4 à 5 ans, se terminait brusquement. Chez d'autres il revenait après une interruption.

» Nous avons constaté 225 fois sur nos 248 femmes que la leucorrhée reparaissait lorsque le flux menstruel était terminé. Mais il y a quelques faits bien constants de flueurs blanches qui ne se montrent qu'avant l'écoulement du sang, et cessent entièrement dès qu'il a paru. L'inverse est également vrai.

» Nous retrouvons dans cette série les mêmes rapports pour le temps, la durée et la quantité : quelquefois la leucorrhée est beaucoup plus abondante après la menstruation qu'avant. Elle varie aussi d'une période à l'autre ; elle coule avec force à une époque et le mois suivant elle est presque tarie. Nous avons observé une femme chez laquelle l'absence de ce flux déterminait des étourdissements qui se passaient aussitôt que l'écoulement se rétablissait. Dans un cas il se prolongeait 15 jours, tous les mois.

» La durée des flueurs blanches est souvent limitée à celle du flux menstruel, mais souvent aussi elle se prolonge et continue même pendant tout le mois, en présentant des alternatives de force, de faiblesse et de repos ; quelquefois l'écoulement est si considérable qu'il simule une véritable perte. » (Brierre de Boismont. *De la menstruation*, p. 261.)

Soit que les flueurs blanches se soient manifestées avant l'époque de la première menstruation ou qu'elles ne se soient déclarées que plus ou moins longtemps après cette fonction établie, elles coïncident souvent avec le dérangement des règles. Sur 151 observations de flux leucorrhéique étudiées par M. le docteur Brierre de Boismont dans le but d'éclairer ce point de vue, il a trouvé que 120 fois le cours des menstrues n'avait pas paru être notablement modifié, le sang coulait avec la même abondance et aussi longtemps que de coutume, seulement la moitié des femmes environ ont éprouvé des douleurs plus ou moins vives aux époques menstruelles. Chez 31 des 151 femmes leucorrhéiques observées par M. Brierre, la menstruation fut plus ou moins dérangée, les règles furent irrégulières, peu abondantes, excessives, douloureuses, fatigantes ; mais le symptôme dominant fut l'irrégularité.

Ici encore les observations de M. le docteur Brierre sont tout à fait confirmatives des opinions émises par les auteurs. On sait en outre que la plupart des femmes ou des jeunes filles aménorrhéiques sont en même temps atteintes de leucorrhée, et que rien n'est plus commun dans la chlorose que d'observer un écoulement muqueux plus ou moins abondant coïncidant avec des désordres dans la menstruation; seulement, comme dans ces deux états morbides il existe une disposition générale prédominante, il est difficile d'établir le rapport de causalité entre ces deux phénomènes.

Beaucoup de femmes chez lesquelles la leucorrhée n'est pas continue ne voient reparaître leurs pertes blanches qu'après l'action de certaines causes qui en provoquent le retour. Ces causes sont ou des émotions morales vives, des fatigues exagérées, des écarts de régime, l'action du coït, de l'onanisme ou enfin toutes les influences que nous avons signalées en traitant de l'étiologie. C'est aussi aux mêmes circonstances qu'il faut rapporter les alternatives d'augmentation et de diminution des flueurs blanches qu'on observe si fréquemment chez les femmes atteintes de leucorrhée continue.

Le plus ordinairement, lorsque l'écoulement leucorrhéique est peu abondant et qu'il ne se manifeste qu'à des intervalles plus ou moins éloignés, les femmes n'éprouvent aucune altération appréciable dans leur santé générale, c'est tout au plus, si pendant l'existence de leurs pertes elles ressentent un peu de fatigue générale et quelques tiraillements d'estomac. Mais au contraire lorsque les flueurs blanches sont copieuses et qu'elles n'ont aucune interruption, lorsque surtout elles existent depuis longtemps, elles s'accompagnent de troubles prononcés dans les principales fonctions et entraînent même le plus souvent l'affaiblissement et la détérioration de la constitution.

Les symptômes les plus constants se

manifestent du côté de l'appareil digestif; les femmes se plaignent de douleurs, de pesanteurs et de tiraillements dans la région épigastrique. Souvent elles éprouvent un sentiment de besoin et de défaillance qu'elles soulagent passagèrement en prenant un peu d'aliments ou quelques toniques; dans quelques cas on observe des nausées et même des vomissements. La pression épigastrique loin d'augmenter ces phénomènes, semble même les diminuer chez quelques femmes. En général l'appétit est conservé, mais il est irrégulier, capricieux et porte souvent sur des substances peu alibiles. Les digestions quoique lentes et parfois difficiles finissent cependant par s'effectuer. Une sensation de malaise et de faiblesse générale, de la céphalalgie, des vertiges, des éblouissements, des lipothymies, de la paresse pour les mouvements du corps, des douleurs dans les membres et surtout entre les épaules, sont des phénomènes qui souvent se joignent aux désordres des fonctions digestives et viennent compléter le tableau des symptômes qu'on peut observer chez les leucorrhéiques. Ces symptômes, que tous les auteurs s'accordent à considérer comme des effets sympathiques de l'affection utérine, présentent des variations dans leur intensité qui sont toujours proportionnées à la plus ou moins grande abondance de l'écoulement leucorrhéique.

Les symptômes dont il vient d'être parlé ne peuvent pas persister longtemps sans porter une atteinte plus ou moins profonde à la constitution générale, aussi les femmes qui sont en proie à une leucorrhée abondante, opiniâtre, que, par ces motifs, les auteurs ont appelée *constitutionnelle*, tombent dans l'amaigrissement et le marasme; elles ont le visage pâle, maigre ou bouffi; la peau est blafarde ou décolorée, les yeux sont ternes, cernés, les regards languissants; elles ne peuvent se livrer au moindre exercice sans éprouver des palpitations et de l'essoufflement; les facultés intellectuelles et sensoriales s'affaiblissent, et quelquefois même elles arrivent à la mélancolie ou à l'hypocondrie : cependant il est bon de remarquer qu'il est fort rare que la leucorrhée simple conduise à un état grave, et que la plupart des cas de leucorrhée terminée par le marasme et la mort, rapportés par les auteurs, étaient accompagnés de quelque lésion organique à laquelle il est plus rationnel de rapporter la plus grande partie des accidents.

Une opinion généralement reçue, c'est que les femmes atteintes de leucorrhée ont peu de penchant pour les plaisirs de l'amour; cependant nous ferons observer avec MM. Blatin et Nivet (*Loc. cit.*, p. 234) que les deux tiers des Parisiennes et des habitantes des grandes villes sont leucorrhéiques, et certainement rien ne prouve qu'elles se livrent moins aux rapprochements sexuels que les femmes de la campagne chez lesquelles les flueurs blanches sont beaucoup moins communes. Les auteurs que nous venons de citer ont même été conduits par les faits qu'ils ont observés, à croire que la phlegmorrhée n'empêche pas les femmes de se livrer avec passion au coït, et que parfois cette maladie semble augmenter leur penchant à la luxure.

On a encore avancé que les leucorrhéiques étaient la plupart du temps stériles; pour éclairer cette question nous invoquerons de nouveau les observations de MM. Blatin et Nivet. « Nous avons fait un relevé statistique des femmes affectées de phlegmorrhées ou de catarrhes utérins chroniques, et qui se sont exposées à devenir enceintes; voilà quel a été le résultat de nos recherches :

» Sept avaient depuis leur enfance des écoulements blancs continus, et néanmoins quatre d'entre elles avaient eu plusieurs enfants;

» Cinquante étaient affectées de phlegmorrhées intermittentes, et parmi elles, vingt étaient devenues mères; les autres femmes étaient encore très-jeunes, et s'étaient exposées depuis très-peu de temps à concevoir, et peut-être en prenant des précautions capables d'empêcher la fécondation.

» On voit d'après ce relevé, que les hypersécrétions de l'utérus n'empêchent pas la conception, d'une manière absolue. Nous avons vu souvent des femmes affectées de catarrhes utérins chroniques, devenir enceintes; mais souvent aussi

l'accouchement a eu lieu avant le terme ordinaire. Ajoutons à cet exposé que dans les grandes villes où les phlegmorrhées et les inflammations chroniques de la matrice sont si communes, le nombre des naissances est à peu près le même que dans les campagnes. » (Blatin et Nivet, *loc. cit.*, p. 235.)

Diagnostic. Les médecins qui ont compris sous le nom de *leucorrhée* tous les écoulements non sanguins provenant de l'utérus et du vagin, ont surtout pris soin de distinguer les unes des autres les nombreuses espèces qu'ils ont admises dans cette maladie; c'est ainsi que pour eux il existe une leucorrhée syphilitique, une leucorrhée cancéreuse, etc. Mais nous qui ne reconnaissons qu'une seule espèce de leucorrhée due à l'hypercrinie idiopathique de la muqueuse utéro-vaginale, nous devons surtout nous appliquer à donner les caractères propres à diagnostiquer la leucorrhée proprement dite, des altérations diverses de l'utérus et du vagin qui donnent lieu à un écoulement qui pourrait être confondu avec les flueurs blanches.

L'inflammation catarrhale du vagin et celle de l'utérus sont les affections qu'il est le plus facile de confondre avec la leucorrhée simple; il suffira toutefois de se rappeler, pour éviter une erreur de diagnostic, que la vaginite et le catarrhe utérin s'accompagnent toujours à un degré plus ou moins prononcé de symptômes locaux phlegmasiques, comme la douleur, la chaleur, la tension des parties; phénomènes qui sont notablement augmentés par la marche et la fatigue, et qu'on n'observe jamais dans la simple phlegmorrhée; et en outre que l'écoulement qui se manifeste dans ces cas est toujours plus ou moins coloré en jaune ou en verdâtre, et qu'il jouit de propriétés stimulantes parfois très-prononcées, tandis que les pertes leucorrhéiques conservent à peu près toutes les qualités du mucus normal, sauf la quantité qui en est augmentée. Dans les cas où la considération des symptômes ne suffirait pas pour reconnaître la nature de la maladie, l'exploration par le speculum dissipera tous les doutes; en effet, s'il existe une vaginite, la muqueuse apparaîtra injectée, rouge, tuméfiée au moins dans quelques-uns de ses points; si au contraire l'écoulement n'est dû qu'à une simple plegmorrhée, on ne trouvera aucun changement appréciable dans la couleur et l'épaisseur du col utérin et de la muqueuse vaginale, seulement ces parties paraîtront plus molles et plus humides : il faut convenir néanmoins que le diagnostic pourrait offrir quelques difficultés dans des cas de catarrhe utérin chronique et peu intense alors que le vagin reste sain, car l'examen par le speculum n'éclaire pas sur l'état pathologique de la muqueuse qui tapisse la cavité utérine, et il pourrait se faire que l'absence ou le peu de développement des symptômes locaux, ainsi que les caractères de la matière de l'écoulement laissassent dans le doute. Mais qu'on n'oublie pas combien est peu tranchée la ligne de démarcation qui sépare les hypercrinies des muqueuses de l'inflammation légère et chronique de ces membranes; à tel point que pour certains pathologistes la simple augmentation de sécrétion est un signe suffisant du premier degré phlegmasique, même en l'absence de tout autre phénomène local. Nous n'adoptons pas cette manière de voir, mais nous avouons que dans quelques cas la limite à tracer entre ces deux états pathologiques est fort incertaine, d'autant plus qu'il peut arriver qu'une véritable inflammation catarrhale se transforme en une simple phlegmorrhée et *vice versâ*. Dans tous les cas ce qu'il importe le plus au praticien de savoir, c'est que les cas qui pourraient donner lieu à de pareilles difficultés de diagnostic, ne causeraient, du moins, aucune méprise thérapeutique; puisque dans l'une et l'autre circonstance le traitement est à peu de chose près identique.

Un examen, même médiocrement attentif, suffira toujours pour faire distinguer la leucorrhée des écoulements symptomatiques qui accompagnent les lésions nombreuses de l'utérus; tels que les polypes, les divers engorgements du col avec ou sans ulcérations, les squirrhes, les cancers, etc., etc. Sans entrer dans des détails du diagnostic différentiel de la leucorrhée avec chacune de ces maladies, nous dirons que les principaux signes

diagnostiques se tirent : de l'examen de la matière des pertes, qui ne se présente pas dans ces maladies comme dans les flueurs blanches, avec les caractères physiologiques du mucus utéro-vaginal ; mais qui, au contraire, peut être, selon les cas, colorée, sanguinolente, purulente, fétide, etc. ; de la considération du mode de développement et des symptômes locaux et généraux de la maladie ; enfin et surtout de l'exploration par le toucher et le speculum.

La leucorrhée simple ou l'hypersécrétion de la muqueuse génitale a été divisée en active et passive ou sthénique et asthénique, et il importe au médecin de distinguer ces deux formes de l'affection leucorrhéique qui n'ont pas été admises par une théorie purement spéculative, mais par l'observation rigoureuse des faits ; la nature des causes qui ont produit ou qui entretiennent la maladie, les lumières tirées de l'état général des malades, sont, plus que l'examen des symptômes, les moyens de distinguer si une leucorrhée est active ou passive. « Lorsque la phlegmorrhée ou hypersécrétion simple se manifeste chez une femme robuste, bien portante, et qui a abusé du coït ou de l'onanisme, on doit présumer que la maladie est due à une irritation sécrétoire ; mais quand l'hypercrinie survient sous l'influence de causes débilitantes, chez une personne maigre, chétive, anémique, d'un tempérament lymphatique ou lymphatico-nerveux ; que l'écoulement diminue quand la malade prend des forces, fait usage d'une alimentation réparatrice, de médicaments toniques et excitants, on est autorisé à regarder cette augmentation de sécrétion comme tenant à l'atonie de la muqueuse génitale ou même à un affaiblissement de toute l'économie. » (Blatin et Nivet, *ouv. cité*, p. 61.)

Pronostic, *terminaison*. Il est rare que la leucorrhée constitue une maladie grave ; toutefois, lorsque l'écoulement est ancien, continu et très-abondant, il affaiblit la constitution tout entière, détermine l'amaigrissement, et plonge les malades dans un état de souffrance et d'abattement continuel ; il est même présumable que dans beaucoup de cas la leucorrhée prédispose à contracter des affections graves, mais on ne doit pas admettre avec quelques auteurs qu'elle peut, en l'absence de toute complication, entraîner le marasme, la fièvre hectique et la mort. Quoique la leucorrhée ne porte pas une atteinte directe aux jours des malades, elle est la plupart du temps une affection importante par son opiniâtreté et par les troubles fonctionnels dont elle s'accompagne ; mais le degré de gravité qu'elle peut présenter sous ce rapport est très-variable. C'est ainsi qu'on obtient assez facilement la guérison des flueurs blanches qui sont entretenues par des causes purement locales chez des personnes dont la santé générale est bonne ; il suffit alors le plus souvent de faire cesser l'action des causes et de soumettre les malades au repos, pour voir l'écoulement diminuer, puis disparaître complétement ; mais quand au contraire la leucorrhée est liée à une modification générale de l'économie, et qu'il existe un tempérament mou, lymphatique ou lymphatico-nerveux, la maladie est alors très-rebelle et ne permet guère d'espérer la guérison complète.

En résumé les circonstances qui autorisent à porter un pronostic grave, quant à la durée de la maladie, sont l'abondance de l'écoulement, sa continuité, son ancienneté et surtout les considérations tirées de la constitution et de la santé générale des malades. L'hérédité quand elle existe est une condition des plus fâcheuses. On devra, au contraire, penser que la leucorrhée cédera plus ou moins facilement à un traitement rationnel, lorsqu'elle est récente, peu abondante et qu'elle se manifeste avec des intermittences, surtout si ces conditions favorables se rencontrent chez une femme bien portante du reste et d'une bonne constitution. L'intermittence n'est favorable à la guérison que dans les cas où elle ne se rapporte pas aux périodes menstruelles ; car il est fort difficile, sinon impossible, de faire cesser les flueurs blanches qui précèdent ou qui suivent immédiatement les règles.

Dans quelques cas rares on a vu la leucorrhée se terminer heureusement en même temps qu'apparaissaient des diar-

rhées, des sueurs copieuses, locales et générales, spontanées ou provoquées. D'autres fois les flueurs blanches ont cessé à la suite d'une violente secousse ressentie par l'organisme. On trouve dans les annales de Wratislaw (Tentamen 28, ann. 1724.) l'observation d'une fille de quarante-huit ans, qui était tombée dans le marasme, après une leucorrhée continuelle qui durait depuis huit ans ; sa maladie ayant été jugée incurable ; la malade s'embarqua sur mer, pour retourner dans sa famille : elle eut des vomissements longtemps prolongés, parce qu'un vent contraire empêchait de faire voile ; mais elle retira un grand avantage de ces vomissements, quoiqu'on s'attendît qu'elle en mourrait dans le vaisseau ; car étant débarquée, elle ne vit plus couler sa leucorrhée et elle recouvra insensiblement la santé.

Quelquefois l'établissement régulier de la puberté et de la menstruation a fait cesser un écoulement leucorrhéique qui tourmentait de jeunes filles depuis longtemps. D'autres fois, mais plus rarement, la leucorrhée a été avantageusement modifiée par la grossesse et l'accouchement.

La suppression brusque des écoulements leucorrhéiques a été suivie très-souvent d'accidents plus ou moins graves. Les causes qui déterminent le plus ordinairement cette suppression sont un traitement intempestif par les astringents locaux ou généraux ; les émotions morales vives, les refroidissements subits, etc. Mais dans beaucoup de cas on aurait tort de considérer la disparition des flueurs blanches, comme la cause déterminante d'une maladie dont le développement a coïncidé avec cette disparition ; très-souvent, au contraire, c'est la nouvelle affection qui, agissant à la manière des révulsifs, a amené la cessation de l'écoulement leucorrhéique.

Les maladies qui peuvent succéder aux flueurs blanches sont nombreuses et variées. Dans quelques cas l'influence métastatique se porte sur les organes de la respiration et il en résulte de la toux, de l'oppression, des hémoptysies, et enfin tous les symptômes de la phthisie pulmonaire : « Nous avons connu une jeune femme atteinte de leucorrhée et d'engorgement de l'utérus depuis longues années ; elle voulut en être guérie, et dès que le flux utérin fut dissipé, elle éprouva des hémoptysies et tous les accidents de la tuberculisation pulmonaire ; heureusement elle fit sur ces entrefaites une fausse-couche qui ramena la fluxion utérine et la leucorrhée : tous les phénomènes morbides qui s'étaient développés du côté du poumon cessèrent en peu de temps. Ce fut alors qu'elle se mit entre nos mains pour être de nouveau guérie de la leucorrhée qui l'incommodait Nous nous refusâmes positivement à rien faire qui pût supprimer cette sécrétion morbide, avant que la malade consentît à l'application d'un large cautère au bras. Le cautère fut appliqué : l'affection utérine fut aisément guérie et la poitrine ne redevint pas malade. » (Trousseau et Pidoux, *Traité de thérapeut.*, t. II, p. 54.)

L'observation suivante recueillie par M. Louis, offre un autre exemple du danger de la suppression brusque de la leucorrhée. « Une femme âgée de quarante ans, avait, depuis plusieurs années, un écoulement vaginal abondant qui fut supprimé par une émotion morale. Dès lors l'appétit et les forces diminuèrent : la malade eut des douleurs à l'épigastre et un sentiment d'oppression très-pénible. Elle maigrit, travailla beaucoup moins que de coutume cependant ; trois mois après le début des accidents elle vint à l'hôpital. M. Louis chercha à rappeler l'écoulement, au moyen de la vapeur d'eau chaude, au-dessus de laquelle la malade se mettait deux fois par jour ; on eut aussi recours à l'emploi des pédiluves sinapisés et des sinapismes appliqués à la partie interne des cuisses. L'emploi de ces moyens fut suivi au bout de huit jours, de la réapparition de l'écoulement. Les accidents avaient complétement disparu, dix jours avant la sortie de la malade. » (*Journ. hebdom.* 1830, p. 23. Compte rendu de la clinique de M. Louis.)

Plusieurs auteurs citent diverses affections cutanées, telles que des dartres, des éruptions de miliaire, de purpura, d'eczéma, etc. Hoffmann (t. II, p. 63) parle d'une dame de trente ans, d'un tempérament sanguin, qui fut prise d'ac-

cès d'hystérie et chez laquelle se développa une tumeur volumineuse dans l'aine, après qu'elle eut vu ses flueurs blanches disparaître, pour être restée assise sur l'herbe à nu dans son jardin. Chez un certain nombre de malades la suppression intempestive d'une leucorrhée donne lieu à des douleurs vagues dans les membres, à de la céphalalgie, ou à des douleurs arthritiques.

Nous sommes loin d'avoir signalé tous les accidents morbides mentionnés par les auteurs, comme s'étant développés consécutivement à la brusque suppression des pertes leucorrhéiques ; les cas que nous avons cités sont seulement des exemples choisis au milieu de beaucoup d'autres. De là découle un principe important pour le praticien, à savoir qu'il faut mettre la plus grande circonspection dans l'emploi des astringents locaux, lorsqu'il s'agit d'une leucorrhée ancienne, et pour ainsi dire constitutionnelle ; c'est d'ailleurs un point que nous développerons davantage à l'occasion du traitement.

Traitement. Les moyens auxquels le médecin a recours pour guérir la leucorrhée diffèrent selon les causes et le caractère de l'écoulement, selon l'organisation de la malade, les circonstances au milieu desquelles elle est placée, etc. Les nombreux agents mis en usage pour combattre la leucorrhée appartiennent ou à l'hygiène ou à la thérapeutique proprement dite ; nous diviserons donc le traitement général de cette affection en traitement hygiénique et en traitement médicamenteux.

Traitement hygiénique. Nous avons vu dans l'étiologie que la leucorrhée se développait presque toujours sous l'influence de conditions anti-hygiéniques. Le premier soin du médecin sera donc de s'enquérir du genre de vie de la malade : il y découvrira presque constamment une explication de son mauvais état sanitaire, et s'efforcera d'annuler l'action de la cause présumée. Lorsque, par exemple, l'écoulement est une irritation sécrétoire, et la malade d'une bonne constitution, il s'agira souvent d'une simple leucorrhée accidentelle, et on en obtiendra la cessation en prenant du repos, quelques bains, en ne se livrant pas au coït, en supprimant le café au lait, la chaufferette, etc., selon la cause efficiente des flueurs blanches. Mais lorsque au contraire le sujet leucorrhéique offrira les attributs d'un tempérament lymphatique inné ou acquis, l'écoulement est alors constitutionnel ; ce n'est qu'à la longue, après avoir modifié le régime hygiénique tout entier qu'on parvient à réprimer ces sortes de leucorrhées, encore faut-il que les agents pharmaceutiques viennent s'adjoindre aux puissantes ressources de l'hygiène.

Si la malade habite une maison sombre, située dans un lieu bas, où ne parvient qu'un air froid et humide, il faudra, à moins d'impossibilité, la faire sortir de sa demeure insalubre, et la mettre à même de respirer un air sec, modérément chaud et fréquemment renouvelé. Les vêtements insuffisants, que nous avons indiqués comme des causes de la maladie, devront être abandonnés et remplacés par un mode d'habillement qui garantira mieux du froid humide. On conseillera donc l'usage de gilets, de ceintures et de caleçons de flanelle. Les personnes qui suent habituellement des pieds s'astreindront à changer souvent de bas et à porter des chaussures imperméables. Plus que d'autres, pendant les mauvaises saisons, ces personnes éviteront de laisser les pieds appliqués sur un sol froid, humide, carrelé, dallé ; elles y entretiendront une douce chaleur en les plaçant sur une de ces boîtes contenant de l'eau chaude ou de l'air échauffé ; l'adoption de ces sacs en *fourrure* dits *chancelières* est encore un bon moyen de soustraire les pieds à l'action de l'air froid et humide ; aussi commence-t-il à se propager, du moins dans les classes aisées. Les femmes des campagnes, moins sujettes d'ailleurs à la leucorrhée que celles des villes, protégent leurs pieds contre l'humidité froide en continuant à chausser le *sabot.* MM. *H. Blatin* et *V. Nivet* recommandent les sabots comme très-salubres aux personnes qui ne sont pas riches (*loc. cit.*, p. 283). Les lotions et injections d'eau fraîche, les bains tempérés, ceux de rivière, secondés par l'exercice de la natation, sont favorables aux personnes affectées d'écoulements leucorrhéiques. Il en est de même des bains de mer et des bains d'eaux minérales. (Voyez *Traitement médicamenteux.*)

Les bains russes, les bains de vapeur simples ou aromatiques et le massage pourront rendre de grands services au praticien qui les conseillera à propos, selon les auteurs que nous venons de citer.

En général, le régime alimentaire des leucorrhéiques devra subir quelques réformes. Nous ne dirons pas, même lorsqu'il sera question de personnes lymphatiques, gorgez-les de viandes noires, saturez-les de mets aromatiques et échauffants, mais défendez à ces malades les aliments qui sont reconnus nuisibles, et toutes les fois qu'elles pourront le faire, engagez-les à manger, tantôt des viandes de poulet, de pigeon, de mouton, etc., mais à ne pas satisfaire entièrement leur appétit avec une nourriture animalisée. Conseillez-leur de se faire servir dans un même repas quelques légumes herbacés, quelques compotes de fruits. La boisson ordinaire des leucorrhéiques sera du bon vin coupé avec une notable quantité d'eau commune, et dans quelques cas mêlé avec de l'eau gazeuse simple ou ferrugineuse.

Si la profession des malades les contraint à une vie trop sédentaire, à rester dans une atmosphère froide et humide, il faudra discontinuer cette profession sous peine de prolonger et d'aggraver leur maladie. On ne condamnera pas pour cela les femmes à une oisiveté complète qui ne tarderait pas à avoir un effet fâcheux; les distractions et les mouvements musculaires auxquels les obligeront diverses occupations spéciales à leur sexe auront une heureuse influence lorsqu'elles ne seront en rapport qu'avec d'honnêtes et chastes personnes. « Il faut éviter, principalement quand elles approchent de la nubilité (*les jeunes filles*), tout ce qui » pourrait éveiller des désirs précoces, » tels que propos à double sens, lecture » et langage obscènes, mais surtout les » mauvais exemples et les insinuations » dangereuses, des manœuvres qui entretiennent toujours sur des parties si excitables une irritation continuelle dont » les conséquences ne peuvent être que » fort graves.

» L'art d'occuper les jeunes personnes » à toutes les heures du jour par des études variées sera d'un grand secours pour » remplir cette tâche, et les préceptes » d'une morale douce et persuasive seront » des auxiliaires fort utiles. » (Lagneau, *Rép. gén. des sc. méd.*, loc. cit.)

Les jeunes filles et les femmes chez lesquelles la leucorrhée semble causée et entretenue par des affections tristes de l'âme, retireront un grand bienfait de cet art d'occuper, d'exercer, de distraire hygiéniquement. Pour ces personnes, et même pour toutes les leucorrhéiques, certains exercices gymnastiques en plein air, les voyages, le séjour dans les lieux favorisés de sources minérales, réunissent beaucoup de conditions qui améliorent leur état sanitaire.

Traitement médicamenteux. Nous attachons une grande importance ici au traitement hygiénique, mais nous avouons que souvent il ne pourrait suffire, et qu'il devient alors nécessaire de lui adjoindre quelques ressources pharmaceutiques. Les médicaments les plus vantés sont des toniques, des excitants, des dérivatifs.

La médication tonique stimulante, ou traitement général, a pour but de fortifier, d'exciter l'économie tout entière; elle est opportune dans les cas de leucorrhées constitutionnelles, chez les femmes lymphatiques, débilitées, car il faut alors modifier puissamment l'organisme. Les substances toniques végétales le plus vantées sont les préparations de quinquina, de gentiane, de quassie amère, de columbo, de ratanhia, de monésia, de tannin, de petite centaurée, de chardon bénit, etc., administrées sous les formes et aux doses ordinaires. La tisane d'aunée a été recommandée par MM. Delens et Gibert; elle a procuré des guérisons sous les yeux de ces médecins Une substance minérale tonique par excellence, nous voulons dire le fer, est d'un grand secours dans le traitement de certaines leucorrhées : les préparations martiales les plus usitées sont aujourd'hui les pilules de Blaud, surtout modifiées par M. F. Boudet; le lactate de fer, le citrate de fer, etc.; les eaux minérales ferrugineuses, particulièrement celles de Spa, de Forges, d'Aumale, de Pyrmont. Ces composés ferrugineux sont spécialement indiqués dans les cas de flueurs blanches avec état chlorotique. (V. pour plus de

détails sur les médicaments ferrurés, le chapitre réservé à la chlorose.)

Les agents stimulants généraux sont parfois d'une utilité incontestable; les médicaments de cet ordre possèdent, comme on sait, des propriétés énergiques; on y trouve la menthe, la mélisse, la cannelle, la vanille, les térébenthines, etc.

Dans le traitement de la leucorrhée atonique, on prescrit soigneusement les infusions aromatiques de mélisse, d'armoise, de sauge, de romarin, de lierre terrestre, de basilic, d'écorce d'orange amère, etc. Ces infusions sont préparées comme dans d'autres circonstances, avec 4 à 8 grammes de substances végétales, et, eau bouillante, 1000 grammes.

Parmi les médicaments stimulants, il en est qui passent pour avoir la propriété de diminuer les flux muqueux des voies génito-urinaires; ce sont : les différents baumes; ceux de copahu, de Tolu ou du Pérou sont le plus généralement employés. On les remplace souvent aussi par la térébenthine, la gomme ammoniaque, ou l'infusion de bourgeons de sapin du nord, substances auxquelles on peut joindre le poivre cubèbe, qui leur est analogue par sa partie active (Lagneau, *loc. cit.*).

Le copahu, administré seul, a beaucoup moins d'action sur les écoulements utéro-vaginaux que sur ceux qui proviennent du canal de l'urètre; mais, associé au quinquina, au sulfate de zinc, aux baumes de Tolu, du Pérou et surtout au cubèbe, il a fait obtenir des guérisons. Quelques médicaments résineux et balsamiques ont encore été conseillés; ce sont : le mastic, l'oliban, le styrax liquide. M. Lhéritier a eu à se louer du styrax liquide purifié, uni à la poudre de réglisse, et M. Guibert parle avantageusement du mélange de la térébenthine avec du savon ou de la rue.

L'action élective et stimulante du seigle ergoté sur l'appareil utérin a conduit, sans doute, M. *Bazzoni* à combattre les leucorrhées anciennes par l'ergot de seigle. Sur huit malades, sept furent guéries; celle qui ne put l'être avait une affection organique de la matrice. Depuis, MM. *Négri*, *Muller*, et d'autres praticiens, ont employé ce médicament avec avantage. M. *A. Catherwood* a rapporté, de son côté, plusieurs cas de leucorrhée, où il a employé avec succès l'ergot de riz (*Annales anglaises de méd.*, 1837).

L'iode est un autre modificateur qui stimule heureusement la matrice dans certaines circonstances. *J. Bell*, *M. Pierquin* le recommandent dans la leucorrhée. M. Muller fit faire des frictions avec de la pommade d'iodure de potassium, qui furent suivies de guérison. M. Gimelle, en soignant une dame affectée de goître, vit les flueurs blanches cesser chez cette personne, sous l'influence du traitement iodé. Ce médicament mérite d'être plus souvent administré qu'il ne l'a été jusqu'à ce jour. On peut donner, sous forme de teinture, depuis 5 gouttes jusqu'à 20, 30 et plus dans un verre d'eau sucrée. M. Sarrazin, médecin à Saint-Quentin, a vu fréquemment les flueurs blanches guérir par l'emploi des amandes amères, à la dose de quatre, matin et soir. Quatre onces ont suffi souvent pour la guérison, et rarement il a fallu dépasser une demi-livre.

Les médicaments excitants conviennent surtout aux personnes lymphatiques, nonchalantes, asthénisées. On viendra en aide à la médication stimulante divisée, en conseillant aux malades de boire de l'eau de Seltz, de Saint-Myon, ou quelqu'autre eau minérale acidulée et gazeuse, et en les engageant à se faire faire des frictions sur les membres et le tronc, avec une brosse *ad hoc* (cette brosse pourra être humectée par un liquide aromatique).

Le *traitement dérivatif* se compose de l'emploi isolé ou combiné d'agents dont il va être question, et dont l'action s'exerce sur divers appareils.

A la tête des médicaments dérivatifs, nous placerons les *purgatifs*, à cause des nombreux et remarquables succès qu'ils ont procurés à *Etmuller*, à *Hoffmann*, à *Rivière*, à *Mead*, en suivant sur ce point les conseils de *Galien*. Les purgatifs qui paraissent mériter la préférence sont : les sels neutres, la rhubarbe et l'aloès. *Boerhaave* vante le séné, la scammonée, le jalap. *Van-Swieten* propose

sagement d'employer d'abord les laxatifs, et de ne recourir aux purgatifs actifs que s'il en est besoin. L'influence des purgatifs sur les flueurs blanches ne se manifeste pas généralement tout à coup; il faut en répéter l'usage un assez grand nombre de fois. Ces dérivatifs conviennent principalement aux personnes peu irritables et dont le tube digestif est sain. Les formes et les doses du médicament sont celles qui sont prescrites d'ordinaire. Le mélange des purgatifs et des toniques est reconnu pour être doué d'une efficacité très-grande.

Les *émétiques* sont moins puissants que les purgatifs. L'ipécacuanha a été employé par *Mead;* l'azarum, par *Fernel* et *Fonseca*. Les vomitifs ne peuvent être de quelque utilité que dans le cas d'état saburral des premières voies. Les *sialagogues* sont considérés comme des moyens bien infidèles. Cependant, lors de l'épidémie de Breslaw, on purgeait les malades en les faisant vomir lorsqu'elles avaient des nausées; mais la salivation artificielle fut le moyen le plus efficace. Les *diurétiques* ont fait obtenir parfois quelques avantages. Les *sudorifiques*, en activant la diaphorèse, excitent un organe lié à l'utérus par d'étroites sympathies. Lorsque la leucorrhée se développe après la suppression de la transpiration, il est de précepte de recourir tout d'abord aux sudorifiques.

En terminant l'exposé du traitement général de la leucorrhée, nous citerons encore, mais seulement pour mémoire, quelques médicaments adoptés pendant un temps, aujourd'hui tombés dans l'oubli, tels que l'acide sulfurique, la ciguë, le colchique, etc.

Traitement local. Lorsque l'écoulement est une simple hypersécrétion, ce traitement peut être employé primitivement; mais dans les leucorrhées constitutionnelles, il faut qu'il soit précédé du traitement général.

« Indépendamment des remèdes propres à rétablir les forces générales, et à réveiller par la voie intérieure la vitalité des organes, il convient quand on en a déjà fait usage pendant un temps assez long pour améliorer sensiblement l'état de la constitution, et surtout lorsque les faibles symptômes d'irritation qui pourraient avoir existé aux parties affectées sont entièrement dissipés; il convient, dis-je, d'employer localement des lotions et des injections faites avec les infusions ci-devant énumérées, et dans les cas d'écoulement rebelle avec de l'eau alumineuse, la décoction de tan, l'infusion vineuse de roses rouges, la solution d'acétate de plomb, ou celle de sulfate de zinc opiacé. Un régime corroborant et l'exercice seront toujours indispensables pour seconder les bons effets de ce traitement. » (Lagneau, *Rép. gén. des sc. méd.*)

Les moyens locaux les plus usités sont les lotions et les injections vaginales; ces injections sont généralement douées de propriétés astringentes. On choisit d'ordinaire à cet effet les infusions ou les décoctions qui tiennent en solution de l'acide gallique, comme les infusions ou décoctions de roses de Provins (avec égale quantité de vin rouge), de noix de galle, de ratanhia, de tannin pur, additionnées parfois de laudanum ou d'extrait d'opium. Les injections peuvent encore être composées par une solution de nitrate d'argent. M. Ricord, qui, l'un des premiers, a usé de ces injections, les pratique en faisant dissoudre 3, 4 et même 5 décigrammes de sel par 30 grammes d'eau. Des injections alcalines (solution de carbonate de soude) conviennent lorsque la matière de l'écoulement provient du vagin et est acide. Le clyso-pompe est un instrument commode pour injecter le vagin; afin d'assurer l'action du liquide adopté, on tâche qu'il reste pendant quelque temps en contact avec la muqueuse vaginale. Les autres moyens locaux sont d'un usage plus restreint, ce sont le tamponnement du vagin, la cautérisation de ce canal, les injections intra-utérines.

MM. H. Blatin et Nivet disent en parlant des injections vaginales : « Celles qui nous ont le mieux réussi sont les suivantes : 1° les injections composées avec l'infusion de roses rouges et le gros vin; 2° les décoctions de noix de galle, de ratanhia ou d'écorce de chêne qu'on rend plus actives en y ajoutant une petite quantité de sulfate d'alumine; 3° la solution d'acétate neutre ou de sous-acétate de plomb mêlée à une petite dose d'ex-

trait d'opium ou de laudanum ; 4° les injections renfermant une très-petite portion de nitrate d'argent. Le liquide qui sert à préparer les injections doit marquer 10 à 15 degrés au thermomètre centigrade. Cependant quelques femmes dartreuses ou scrofuleuses n'ont pu supporter les injections froides, et nous avons été obligés pendant les premiers jours de les faire tiédir. » (*Op. cit.*, p. 310.)

Le tamponnement du vagin a été avantageusement pratiqué par M. Ricord. Ce chirurgien, à l'aide d'un speculum préalablement introduit, place dans le vagin des tampons de charpie imbibés d'une solution ordinairement astringente : depuis, on a proposé de remplacer la charpie par la ouate.

La cautérisation a été employée par M. Ricord, mais dans des cas de leucorrhées symptomatiques.

Les injections intra-utérines ont fait obtenir des guérisons à MM. Mêlier, Ricord, Vidal et autres. M. Ricord s'énonce ainsi : « Chez les malades franchement lymphatiques et même scrofuleuses, des flueurs blanches très-abondantes ont cédé à des injections utérines faites avec la solution suivante. Pr. : eau distillée, 3 onces; teinture d'iode, 1 gros. Si l'on veut obtenir quelque chose de ce traitement, il doit être continué avec beaucoup de soin. » (*Mémoire*, *Jour. des con. médico-chir.*, p. 101, année 1833.) M. Vidal de Cassis s'est servi pour injections intra-utérines d'une décoction concentrée de feuilles de noyer ou d'une solution iodée. (Iodure de potassium, 0 gram. 05; iode, 0 gram. 05; eau, 30 gram.)

L'appareil nécessaire se compose d'un speculum, d'une seringue à injections uréthrales, d'un tube d'argent droit plus long et moins volumineux qu'une sonde de femme, qui se termine par une petite boule percée en arrosoir.

Le speculum une fois placé, le tube droit est introduit à travers le col jusque dans la cavité de l'utérus. La capacité utérine étant très-petite, le liquide l'a bientôt remplie, et sort entre la canule et les parois du col. M. Vidal désire fixer l'attention sur les quatre circonstances suivantes : 1° la petite quantité de liquide employé ; 2° le petit diamètre de la canule; 3° le peu de force avec laquelle l'injection doit être poussée ; 4° le retour toujours facile du liquide par le col.

Citons M. Vidal pour qu'on sache par lui-même les modifications qu'il a apportées à son procédé : « Convaincu 1° qu'il y a de grandes variétés dans l'état des trompes de Fallope, et que les femmes sont très-différemment perméables ; 2° que le degré de perméabilité ne peut être prévu, du moins jusqu'à présent, j'ai mesuré la capacité d'un bon nombre de matrices, et je n'injecte que le liquide que peut contenir la matrice d'une femme qui n'a pas eu d'enfant. Cette capacité est on ne peut plus bornée, elle admet tout au plus neuf grains de liquide. En n'injectant que cette quantité, on a donc la certitude de ne pas aller jusqu'au péritoine. Mais pour que le liquide atteigne la cavité de la matrice, il faut que le col soit débarrassé des mucosités, qu'il soit convenablement *mouché*, ce qui n'est pas toujours facile. Cependant, par le moyen des injections intra-vaginales, telles que je les ai décrites, les difficultés seront levées.

» On conçoit qu'avec un clyso-pompe ou une seringue à hydrocèle, il est impossible de faire d'une manière mesurée des injections à si petites doses; le coup de piston est trop fort. J'ai fait fabriquer pour cela de petites seringues en verre qui ressemblent aux seringues pour l'oreille : j'ai prolongé la canule afin de pouvoir me dispenser d'un tube pour ajoutage. Dès que j'ai eu la plus entière certitude que les injections ainsi mesurées ne pouvaient pénétrer dans le péritoine, j'ai rendu plus excitant le liquide injecté, je l'ai même rendu caustique. Ainsi maintenant, pour les catarrhes utérins anciens, j'injecte la dissolution de nitrate d'argent très-concentrée. Cette dissolution est faite au moment même où les injections vont être poussées dans l'utérus. Je jette alors dans un tiers de verre d'eau le fragment de nitrate d'argent que contient mon porte-caustique; il est bientôt dissous, et je charge la seringue avec ce caustique devenu liquide. » (*Patholog. ext. et méd. opér.*, t. v, p. 804.)

On a parlé d'accidents formidables de

péritonites produits par ces injections et signalés surtout par MM. Bretonneau et Tonnellé. Mais il paraît qu'on s'est borné à des accusations vagues, car M. Vidal a provoqué la publication des faits relatifs à ces accidents et on s'est tû. En outre, M. Récamier, dans une séance de l'Académie, a parlé dans le sens de M. Vidal, il a proclamé l'innocuité des injections intra-utérines faites, même sans les précautions indiquées par M. Vidal. D'ailleurs, pour juger la question, il faudrait étudier les effets de ces injections comme nous allons le faire d'après la brochure de M. Vidal.

Les injections *intra-utérines*, comme toutes les injections faites dans les parties vivantes, développent des phénomènes plus ou moins apparents, plus ou moins sensibles. Ces phénomènes peuvent être divisés en *instantanés*, *primitifs* et *consécutifs*.

« *Phénomènes instantanés*. Ce sont ceux qui se produisent au moment même où le liquide est en contact avec la surface interne de la matrice. Le plus souvent les femmes injectées n'accusent aucune douleur; elles semblent même étrangères à ce qui se passe. Quelquefois elles disent qu'elles éprouvent un sentiment de brûlure qui part du bassin et monte vers l'ombilic. Il arrive aussi que les douleurs se manifestent dans une région ou dans les deux régions iliaques. Ceux qui ont étudié avec quelque soin les maladies de matrice ne seront pas étonnés de cette différence de sensibilité qu'elle présente aux injections. Il en est de même pour la cautérisation qui quelquefois ne produit aucune douleur, tandis que d'autres fois elle donne lieu à de vrais accidents. Deux femmes ont seulement accusé des douleurs réellement vives au moment de l'opération. On doit alors cesser de pousser et se contenter d'une demi-injection.

» *Phénomènes primitifs*. La plupart des femmes travaillent, causent après les injections, et rien ne leur rappelle qu'elles ont été faites. Il en est, en très-petit nombre, qui, arrivées à leur lit, sont obligées de se coucher, parce que la douleur instantanée continue, s'étend, et devient plus vive. D'autres femmes éprouvent des coliques une heure après l'injection. Ces douleurs abdominales ont été quelquefois assez vives pour élever le pouls et donner lieu à des symptômes de réaction, ce qui a alarmé quelques praticiens. Les coliques cessent quelquefois trois heures, six heures après l'injection; on les voit aussi durer toute une journée, rarement deux jours : une seule femme offre ce phénomène; mais le second jour les douleurs sont très-modérées, elles permettent à la malade de se lever, de se promener ou de vaquer à ses occupations. Je noterai que, chez cette malade, l'ouverture du col est étroite et qu'il ressort moins du liquide injecté que chez les autres.

» Qu'on note bien que tout cela est exceptionnel, que les coliques ne se déclarent pas sur un dixième des femmes injectées.

» Ces coliques se calment et disparaissent spontanément. Les sangsues appliquées sur l'abdomen, les potions calmantes, antispasmodiques, les bains, ne hâtent pas sensiblement leur disparition. Cependant le moral des femmes est plus rassuré quand elles voient qu'on s'occupe de leur douleur et qu'on leur offre un moyen pour les calmer. Mais le meilleur de tous les calmants, c'est la confiance qu'on leur inspire. C'est ici que l'influence du chirurgien se manifeste hautement. Heureux celui qui sait trouver et dire ce qu'il faut à chaque malade. Ce qu'il y a de bien constaté, c'est que le nombre, l'intensité et la durée de ces coliques diminuent dans nos salles à mesure que ces injections se *popularisent*. J'ai déjà parlé de ce phénomène quand il a été question des *injections intra-vaginales*. Celles-là on ne les accusera pas de pénétrer dans la matrice : eh bien! quand je commençai à les appliquer d'une manière générale dans les salles de Loursine, il était très-fréquent d'observer des coliques beaucoup plus vives que celles qu'éprouvent les femmes soumises aux injections *intra-utérines*. Qu'on ne dise pas que c'est un effet de l'habitude si maintenant elles les supportent, car je répondrai, comme je l'ai déjà fait, que tous les jours arrivent de nouvelles malades qui, à leur première injection, ne souffrent nullement; c'est qu'elles savent déjà à quoi s'en tenir sur ce moyen. On sait avec quelle rapidité on fait et on dé-

fait la réputation d'un moyen thérapeutique dans une réunion de femmes. Dans les commencements j'eus à lutter contre leurs préventions; elles manquaient de confiance en ce moyen ; aussi les coliques furent-elles très-fréquentes.

» Ceci prouve la nature de ces coliques : il est évident qu'elles sont nerveuses, qu'elles ne sont pas dues à une péritonite, et pour les expliquer, il n'est pas nécessaire de supposer le passage du liquide dans l'abdomen. Est-ce que les douleurs produites par les injections de l'hydrocèle sont dues au passage du liquide dans l'abdomen? Est-ce que les céphalalgies après l'injection de l'oreille par la trompe d'Eustache sont dues au passage de l'air ou du liquide dans la cavité crânienne? J'ai remarqué avec une vraie surprise mêlée d'un sentiment pénible des hommes naguère passionnés contre la doctrine physiologique, admettre avec une facilité incroyable des péritonites qu'on guérit du jour au lendemain avec quelques sangsues, un bain, une potion antispasmodique ou rien du tout! J'ai noté aussi que, parmi ceux qui ont le plus crié au danger des injections *intra-utérines*, se trouvaient des hommes qui ont accueilli avec une certaine faveur une torture importée dans la capitale par un chirurgien des départements, laquelle torture consiste à écraser des articulations pour guérir une simple difformité ! Il a fallu bien des victimes pour les éclairer. Mais j'allais entrer dans la polémique, et il ne me convient pas d'en faire aujourd'hui, car en commençant, j'ai dit que je ne discuterais pas la *quatrième cause d'erreur*. Il serait très-beau de se donner maintenant des airs de modérateur. Je renvoie ces hommes à mes prolégomènes (1) et à tout ce que j'ai écrit, on verra que ce rôle, je l'ai choisi et tenu bien avant eux. En appelant les *phénomènes primitifs* des *accidents*, on peut jeter de la défaveur sur les injections *intra-utérines;* mais on pourrait en faire de même pour toutes les injections, et demander aussi leur proscription générale. Ainsi les injections de la trompe d'Eustache causent de la céphalalgie plus souvent que les injections intra-utérines des coliques; hé bien! faut-il les proscrire? il faudra proscrire encore les injections dans la vessie, car elles sont souvent très-douloureuses. Il n'y a pas jusqu'aux lavements dont il faudra s'abstenir. Les purgatifs devront aussi être bannis, car ils donnent souvent de violentes coliques. Et d'ailleurs, quel est le modificateur un peu énergique qui ne produit pas des *phénomènes primitifs* qui pourraient être appelés *accidents* si on voulait fausser le langage médical et si on observait légèrement?

» *Phénomènes consécutifs.* Les coliques n'ont jamais persisté jusqu'au troisième jour. Il y a dans la salle Saint-Alexis, à Lourcine, une femme qui conserve une douleur dans une des régions iliaques; mais elle est entrée à l'hôpital avec cette douleur : ainsi les injections ne peuvent ici être accusées.

» Les phénomènes les plus importants sont ceux qui se passent du côté du col. Il est évident que, sous l'influence de ces injections, son volume diminue beaucoup plus rapidement. Or, on sait que c'est là un résultat très-désirable; car tant que l'engorgement du col persiste, l'ulcération demeure ; ou bien si elle disparaît, c'est pour revenir, car le fond sur lequel était l'ulcère est mauvais et malade. La couleur des ulcérations change très-vite, elles passent vite au rouge très-clair, et les granulations s'affaissent.

» Mais je vois que j'allais parler des résultats cliniques, et ce n'est pas l'objet de ce travail. Il faut encore du temps, et bien du temps, pour dire quelles sont celles des affections que j'ai énumérées en commençant qui peuvent être plus facilement guéries par les injections intra-utérines; aujourd'hui je les traite presque toutes par ce moyen, plus tard je viendrai à faire les exceptions, et je pourrai offrir des résultats pratiques qui, je l'espère, ne laisseront plus de doute sur l'*efficacité* de ce moyen qui doit être manié avec une certaine habileté et beaucoup de prudence. Je n'avais à traiter ici que de son *innocuité :* quand cette question sera résolue, et que la valeur thérapeutique de ces injections sera reconnue, naîtra une autre question, celle de la

(1) *Traité de pathologie externe et de médecine opératoire.*

priorité. Alors on verra peut-être parmi les prétendants à la gloire de l'innovation les hommes qui ont le plus calomnié, le plus compromis cette méthode; ce qui ne m'étonnera pas le moins du monde. » (*Essai sur un traitement méthodique, de quelques maladies de la matrice.*)

Il est des leucorrhées qui réclament des prescriptions particulières ; celle qui survient après une suppression de sueur habituelle des pieds, par exemple, rendra urgent l'emploi de pédiluves irritants, de bains partiels de vapeur, de frictions aromatiques, etc. ; celle qui naîtra après la brusque disparition d'un rhumatisme, d'une affection cutanée, etc., sera combattue par un vésicatoire sur la région antérieurement malade. Le vésicatoire ou un autre exutoire pourra être encore avantageux lorsqu'une leucorrhée ancienne et abondante aura été trop subitement supprimée par des topiques astringents.

Disons enfin que les flueurs blanches dont l'apparition coïncide avec une amélioration sanitaire doivent être respectées.

La prophylaxie de cette affection consiste dans l'observance des lois de l'hygiène et les avantages d'une bonne éducation.

M. Gibert a fait essai de l'*hydrothérapie* ou *hydro-sudopathie* : il résulte de ses expériences que cette médication est utile dans les cas de leucorrhées chroniques. Le traitement adopté par ce médecin consiste dans l'usage 1° des bains de siége journaliers froids, dans lesquels les malades restent quelques minutes seulement; 2° des douches ascendantes et des injections froides; 3° des aliments froids et substantiels. (V. *Gazette médicale*, 10 septembre 1841.)

Si un écoulement leucorrhéique venait à être trop hâtivement supprimé, sa cessation pourrait être suivie de la maladie d'un organe plus ou moins important ; on s'empresserait alors de rappeler la leucorrhée par des bains de siége chauds, des topiques irritants, des injections de même nature : c'est là un précepte de thérapeutique générale.

—

ARTICLE XVIII.

Hydromètre.

On appelle de ce nom toute accumulation morbide de liquides dans l'utérus, abstraction faite des qualités physico-chimiques de ces liquides et de leur siége spécial.

Les pathologistes ont assez généralement admis trois espèces d'hydromètre : une première dans laquelle le liquide se trouve en contact immédiat avec la cavité de la matrice (*hydrometra ascitica*, Sauvages) ; une seconde causée par des hydatides formées dans l'utérus (*hydrometra hydatica*, Astruc et Sauvages); enfin, une troisième espèce qui ne peut exister que pendant la grossesse (*hydrometra gravidarum*). J.-P. Frank mentionne une quatrième espèce qu'il nomme *hydrometra cellulosa*. Mais la seule observation qu'il rapporte de cette variété a évidemment trait à des hydatides développées dans l'épaisseur des parois et dans la cavité de l'utérus ; l'hydromètre celluleuse rentre donc dans l'hydromètre hydatique.

§ 1. Hydromètre ascitique.

Anatomie pathologique. On trouve constamment l'utérus volumineux, quelquefois même énormément distendu : tantôt le tissu de cet organe est simplement aminci, tantôt et plus souvent il est çà et là occupé par des squirrhosités, des polypes, des ulcérations. Les obstacles qui s'opposent à la sortie du liquide renfermé dans l'utérus sont variables par leur nature ; mais ils occupent presque constamment l'orifice de ce viscère. Vésale a trouvé l'orifice calleux et oblitéré, et Fernel rapporte avoir vu ce même orifice dégénéré en un ligament solide et imperméable. Bonnet signale comme causes de l'occlusion de l'orifice utérin, diverses variétés de tumeurs ; Itard a rencontré des excroissances fongueuses ; Dugès et Boivin ont cité les polypes ; M. P. Dubois a vu l'occlusion due à une fausse membrane ou à du mucus épaissi. Des engorgements tuberculeux, encéphaloïdes, parfois la présence de varices ou d'hydatides, enfin la constriction spasmodique du col de la matrice peuvent

causer aussi la fermeture de l'orifice utérin.

Dans quelques cas fort rares l'empêchement à la sortie du liquide est occasionné par le rétrécissement de la partie supérieure du vagin ; tel est cependant le cas rapporté par Cunrad, d'après Decker; dans l'*espèce* la partie supérieure du vagin était réunie et cartilagineuse de manière à refuser passage au stylet le plus mince.

Les fluides contenus dans la cavité utérine sont variables dans leur aspect et dans leur nature ; on rencontre parfois une sérosité incolore, limpide, inodore ; parfois c'est un liquide rouge, jaune brun ou noirâtre, plus ou moins infect, plus ou moins épaissi.

Tillaloy a trouvé un liquide aqueux incolore, Cunrad et Sebizius une sérosité sanguinolente, Fernel un liquide semblable à l'urine, Rhazès une sérosité safranée, Schenk une eau bourbeuse et brune, Sultzmann un liquide comparable à du marc de café, Nicolaï une substance qui ressemblait au marc d'huile, Dugès un pus verdâtre très-liquide.

La transparence, la limpidité du liquide correspondent presque toujours au simple amincissement du tissu de la matrice, tandis que la coloration foncée et l'obscurcissement du liquide utérin coïncident d'ordinaire avec des rougeurs, des engorgements, des polypes, des dégénérescences.

La quantité du liquide est fort variable ; quelquefois elle ne s'élève pas au poids de cent grammes; quelquefois elle dépasse celui de plusieurs kilogrammes. Le liquide rendu par la malade de Guillemeau put remplir un seau. D'après une observation de Bonnet, à l'instant où on ouvrit l'utérus, il sortit une incroyable quantité de liquide, et la cavité de cet organe aurait facilement donné place à un enfant de dix ans. Sébizius a fait connaître l'histoire d'une femme dont la matrice renfermait quatre-vingts livres d'une eau sanguinolente, semblable à de la lavure de chairs, et Vésale a rencontré jusqu'à soixante mesures augustales (cent quatre-vingts livres) de sérosité dans la matrice d'une femme à la suite d'hydromètre.

En exposant les caractères anatomiques de cette maladie, nous avons indirectement signalé les conditions nécessaires à sa formation qui sont d'une part l'occlusion de l'orifice utérin, et de l'autre une hypersécrétion intra utérine.

Denman ayant observé que la sortie de l'eau était suivie de l'expulsion d'une poche membraneuse, laquelle était remplie d'air et avait la forme de la matrice distendue, ce praticien fut porté à croire que l'hydropisie de la matrice est constituée par une grande hydatide. Cette opinion, basée sur un petit nombre de faits, a paru l'expression de la vérité aux médecins qui ne peuvent admettre qu'une cavité revêtue par une membrane muqueuse devienne le siége d'une collection séreuse. Mais comme ce fait s'est montré dans d'autres cavités muqueuses, la saine analogie se refuse aujourd'hui à nier l'existence de l'*hydromètre ascitique* proprement dite.

Causes. On a trop vaguement énoncé comme causes prédisposantes et déterminantes toutes celles des hydropisies en général. Cette maladie n'affecte les femmes que durant la période utérine, elle est presque toujours consécutive à une dégénérescence tuberculeuse, squirrheuse ou hydatique des parois de la matrice. Cependant l'hydromètre peut exister en l'absence de ces altérations : « On a fait dépendre cette affection, dit Désormeaux, d'obstruction du foie ou de la rate. Cette opinion des pathologistes anciens, qui est en contradiction avec la physiologie et avec les résultats de l'anatomie pathologique, est abandonnée depuis longtemps. On a ensuite admis comme cause de l'épanchement de sérosité dans la cavité de l'utérus, l'augmentation d'action des exhalants, ou l'affaiblissement de l'action des absorbants. L'obstruction des ganglions lymphatiques a aussi été regardée comme capable de produire le même effet. Je pense que si l'on peut admettre l'existence de ces deux dernières causes, ce ne doit être que dans un bien petit nombre de cas. Quelle que soit l'idée que l'on se forme de la nature des organes de l'exhalation, il me semble que c'est à l'augmentation d'action de ces organes qu'il faut attribuer l'épanchement

de sérosité. En effet, on a vu l'hydromètre être la suite de coups reçus sur la région hypogastrique, d'un avortement, de la suppression du flux leucorrhéen, des lochies ou d'autres causes propres à produire un état inflammatoire; et quand elle accompagne la dégénérescence tuberculeuse ou squirrheuse des parois utérines, ou la présence d'hydatides, n'est-elle pas due à l'inflammation de la membrane muqueuse que détermine fort souvent la présence de ces tumeurs? » (*Dict. de médecine*, art. *Hydromètre*, t. XI, p. 380.)

Symptômes. L'hydromètre ascitique offre deux variétés; elle est permanente ou périodique.

Nous admettons avec Désormeaux et quelques autres auteurs la distinction de ces deux variétés. L'hydromètre est dite permanente, lorsqu'elle existe jusqu'à la mort, ou lorsqu'elle cesse une fois pour ne plus reparaître. Par opposition on donne le nom de *périodique*, de *fugace* à l'hydromètre dans laquelle le liquide sort et se reforme à des intervalles réguliers ou irréguliers.

La première variété se caractérise par la tuméfaction progressive et de bas en haut de l'abdomen. L'accumulation du liquide sécrété donne lieu à une tumeur plus ou moins volumineuse, arrondie, circonscrite, molle, fluctuante, donnant un son mat à la percussion. Cette tumeur obéit à l'action de la pesanteur dans les diverses positions que prend la femme. Si cette maladie présente plusieurs caractères de l'ascite, elle s'en éloigne par cela qu'on peut percevoir la fluctuation en percutant avec une main l'abdomen, tandis qu'avec l'autre on pratique le toucher vaginal.

Lorsque l'hydromètre est considérable ou lorsqu'elle est liée aux diverses altérations sus-mentionnées, la femme éprouve des douleurs, des tiraillements, des pesanteurs dans les lombes, les aines et l'hypogastre; miction et défécation difficiles; la face s'altère, les paupières s'infiltrent, le teint prend une couleur jaune-paille. D'ordinaire la menstruation est supprimée; cependant Cunrad et Monro ont vu cette fonction n'être pas entravée.

Souvent les mamelles se gonflent, et parfois laissent écouler une certaine quantité de lymphe laiteuse. Il est rare de voir un mouvement fébrile accompagner cette affection, une fièvre lente a cependant dans quelques cas précédé la mort.

Cette maladie a presque constamment une marche graduellement croissante; sa durée est plus ou moins longue, elle est souvent de plusieurs mois et parfois de plusieurs années On l'a vue persister jusqu'à la mort. L'hydromètre peut se terminer par la sortie spontanée du liquide utérin; ce phénomène peut apparaître à la suite d'une contusion, d'une chute, d'un mouvement précipité, des efforts nécessités par la toux, l'éternuement, etc. Bientôt des douleurs utérines se font sentir, l'orifice de l'utérus s'entr'ouvre et le fluide s'écoule, ou peu à peu, ou avec une étonnante rapidité. Quelquefois l'issue du liquide a lieu artificiellement par le cathétérisme ou la ponction de la matrice. L'évacuation spontanée ou provoquée du liquide peut être suivie d'une guérison complète, témoins les faits constatés par Delamotte, Frank, Tilloloy.

Dans la seconde variété, la matrice, en se distendant, détermine comme dans l'hydromètre continue, la tuméfaction de l'abdomen dont nous avons noté les particularités : mais après une certaine durée, soit à la suite d'un effort, d'une contusion, d'une chute, d'une fatigue; soit sans cause appréciable (parfois à l'approche des règles), le col de la matrice se dilate et permet la sortie du liquide renfermé dans la cavité de ce viscère. L'évacuation de ce liquide ne tarde pas toutefois à être suivie de la formation d'une nouvelle collection séreuse, qui à son tour vient à être expulsée.

On trouve dans Fernel un remarquable exemple d'hydromètre à répétition. La femme dont cet auteur rapporte l'histoire, rendait, à l'approche du flux menstruel, une quantité d'eau citrine assez grande pour remplir six ou huit bassins; puis le ventre reprenait son volume naturel et les règles fluaient.

Cette femme finit par guérir, devint enceinte et donna le jour à un enfant bien portant. J. P. Frank raconte un fait analogue. Une femme fut affectée d'hydro-

mètre mensuelle pendant dix mois à la suite d'une violente contusion sur la région iliaque droite ; après la seconde évacuation de liquide, les règles d'abord supprimées, reparurent, et plus tard cette femme devint mère. L'hydromètre se reproduisit après l'accouchement: un écoulement de sérosité, parfois très-copieux et précédé de douleur aux mamelles apparut toutes les cinq semaines, mais cette maladie cessa totalement lors d'un deuxième accouchement. Geoffroy nous a transmis l'observation d'une personne qui, pendant six ans, eut une hydromètre périodique sans que sa santé fût compromise. Cette singulière hydropisie a été rencontrée assez fréquemment par Baudelocque chez des femmes affectées de carcinome.

Diagnostic. L'hydromètre a été confondue avec la grossesse dont elle simule en partie les phénomènes. Cette erreur sera cependant évitée en constatant que les signes réels de la grossesse (ballottement, mouvements du fœtus, bruits de son cœur) font défaut.

L'ascite sera distinguée par cela, que la fluctuation facile à percevoir à travers les parois abdominales ne peut l'être du côté du vagin.

Les hydatides utérines offrent une fluctuation douteuse, mais on ne peut guère être assuré de leur existence que lors de l'évacuation spontanée ou artificielle des acéphalocystes.

L'hydropisie et les kystes séreux de la matrice donnent naissance à une tumeur qui occupe, ou à peu de chose près, la partie médiane de l'abdomen ; le toucher fait reconnaître que la tuméfaction a lieu aux dépens de l'utérus lui même.

Ces caractères suffisent pour différencier l'hydromètre des kystes, des trompes et des ovaires qui apparaissent primitivement à droite ou à gauche de la ligne médiane, et qui ne modifient pas les dimensions de la matrice.

L'accumulation du sang menstruel pourra faire croire à une hydromètre ; mais dans l'aménorrhée par défaut d'excrétion, la tumeur augmente à certaine époque de chaque mois, et se montre souvent chez une jeune personne non encore réglée.

Quant à la physométrie elle offre deux caractères opposés à ceux de l'hydromètre; la résonnance de la tumeur et la nullité de la fluctuation.

Pronostic. L'hydromètre est une maladie sérieuse quand elle est déterminée par des affections organiques au-dessus des ressources de l'art; mais il n'en est plus de même lorsque la collection de liquide se développe sous l'influence d'une inflammation chronique, d'un polype, de mucosités concrétées, d'occlusion spasmodique du col utérin.

Toutes choses égales d'ailleurs, l'ancienneté de la maladie et l'énorme distension du ventre sont des circonstances défavorables.

La persistance de l'hydromètre est un obstacle à la fécondation, mais comme nous l'avons relaté, la grossesse peut avoir lieu après l'issue des fluides, surtout dans les cas d'hydromètre périodique.

Traitement. Les indications thérapeutiques sont variables et subordonnées aux lésions du tissu de la matrice. Dans un bon nombre de cas l'hydropisie étant liée à un état inflammatoire des lèvres du col, le traitement antiphlogistique sera le plus rationnel ; on prescrira avec avantage des boissons émollientes, des injections et des bains émollients.

L'inflammation une fois apaisée, on cherchera à obtenir l'évacuation des liquides en administrant des sudorifiques, des diurétiques, ou en ayant recours à des substances sternutatoires ou vomitives dans l'espérance de communiquer à la matrice une secousse favorable à l'évacuation du fluide qu'elle contient. Le seigle ergoté paraît avoir atteint ce but. M Fantonetti a vu ce médicament déterminer la sortie du liquide utérin. M. Lisfranc applique l'extrait de belladone sur le museau de tanche pour en combattre l'état spasmodique.

Si ces moyens étaient insuffisants, et souvent même avant de recourir à l'ergot de seigle, on fera bien, selon les conseils de Lieutaud et de Monro, de chercher à désobstruer le col de la matrice en faisant parvenir dans sa cavité le doigt ou une sonde, sans faire beaucoup de violence et sans rien déchirer. Mais ces procédés n'atteignent le but qu'on se propose que

dans les cas où l'orifice est fermé par du mucus, une tumeur mobile, une contraction spasmodique.

Si ces pratiques sont impossibles, et si la vie de la malade paraît en danger, soit par la grande abondance des eaux, soit par leur acrimonie; si de plus on sent une fluctuation manifeste à la partie inférieure de l'utérus, il faudra d'après Monro porter un trois-quarts dans sa cavité, et y laisser la canule pour faire écouler l'eau. Cela fait, on essayera de nouveau d'introduire le doigt ou la sonde dans l'orifice, et si on y parvient, on y placera une tente d'éponge liée avec un long fil, afin de maintenir cet orifice béant, et de permettre l'écoulement des eaux.

Quelle est la conduite à tenir quand l'occlusion du col utérin est complète? Lassus n'hésite pas à recommander de rechercher le lieu de cet orifice, et d'inciser en cet endroit avec un pharyngotôme ou avec un bistouri dont la lame sera en partie enveloppée de linge. Si le col de la matrice ou le fond du vagin étaient oblitérés, et si la dilatation utérine était considérable, il faudrait faire la ponction de l'utérus par le vagin, d'après Huermann et Zanc, ou traverser l'hypogastre, selon MM. Wirer et N. Desmarais.

Cette ponction s'opérerait à l'aide d'un trois-quarts. Mais comme elle peut causer des accidents mortels; on ne devra s'y décider que dans les cas extrêmes.

L'hydromètre déterminée par la contraction spasmodique cédera aux bains, aux injections émollientes ou narcotiques, aux applications de pommade belladonée, ou enfin ainsi que nous l'avons dit au cathétérisme. Quelques auteurs ont d'ailleurs révoqué en doute l'existence de cet état purement spasmodique.

Lorsque l'amas de liquides est lié à la présence d'un polype, il est nécessaire de procéder à l'extirpation de cette tumeur pour guérir l'hydropisie. Enfin l'hydromètre développée sous l'influence d'une affection squirrheuse, carcinomateuse, est malheureusement incurable.

On a vanté une foule de moyens pour s'opposer à une nouvelle accumulation de liquide lorsqu'on est parvenu à débarrasser une première fois la matrice : « mais, dit Désormeaux, comme ils sont les mêmes que ceux qu'on a recommandés contre l'hydropisie en général, je me dispenserai d'en parler. Ce que j'ai avancé sur la cause prochaine de l'hydropisie de matrice doit montrer que dans la plupart des cas, je compterais plus sur un traitement adoucissant et antiphlogistique que sur l'emploi des fondants et des apéritifs d'une nature tonique et stimulante. Dans le choix d'une méthode de traitement on devra aussi faire grande attention à la cause occasionnelle de la maladie; car il sera à croire que, si elle succède à un coup, à un avortement, à la suppression des lochies, de la leucorrhée, des menstrues, l'hydropisie est active. Outre cette considération générale, il faut encore chercher à faire cesser cette cause, si elle continue d'exister; à rétablir par exemple le flux menstruel ou l'écoulement leucorrhéen.» (*Dict. de médecine*, t. XI, p. 385.)

§ 2. Hydromètre hydatique.

Les hydatides qui se développent dans la matrice s'y produisent sous deux formes distinctes; tantôt ce sont des acéphalocystes multiples attachées à plusieurs pédicules partiels, qui vont s'insérer sur un pédicule commun; cette disposition analogue à celle des grappes de raisin a fait donner à cette variété le nom de *môle en grappe*. (*Acéphalocystis racemosa*, H. Cloquet.)

Tantôt les hydatides sont libres dans la cavité kystique qui les renferme et ne reçoivent pas les matériaux nutritifs à l'aide de pédoncules vasculaires comme cela existe pour les acéphalocystes en grappes. Ces deux variétés donnent lieu à de fausses grossesses.

Cette sorte d'hydropisie utérine présente plusieurs symptômes communs à toutes les espèces d'hydromètre; mais de plus, elle est reconnaissable à quelques signes particuliers.

D'après Mougeot, les môles hydatiques déterminent une alternative de petites pertes rouges et aqueuses qui commencent chez la plupart des femmes dès le deuxième mois, et continuent à de plus ou moins longs intervalles jusqu'à l'époque de la parturition. Le col reste con-

stamment béant et ne change que peu de forme et de place. Le terme des môles hydatiques n'est pas plus fixe que celui des autres môles en général ; elles sont rendues du troisième au dixième mois. Percy a vu également survenir de petites pertes avant l'expulsion des hydatides.

Quelques auteurs prétendent que l'hydromètre hydatique est reconnaissable à une sorte de crépitation, analogue à celle que produit la compression d'une boule de neige, particularité à laquelle donne lieu la palpation de cette tumeur. M. Piorry compare cette crépitation *sui generis*, au bruit que produit une montre à répétition, à laquelle on imprime une brusque secousse. Mais le seul caractère positif des acéphalocystes utérines est l'issue de ces hydatides au milieu d'un liquide d'une limpidité remarquable. L'expulsion au dehors de ces helminthes est fréquente d'après Gardien lorsqu'ils sont isolés, et suivie des phénomènes de l'accouchement : lochies, fièvre de lait, et même métro-péritonite (Lisfranc).

Les causes de cette affection sont celles fort peu connues encore qui produisent en général les hydatides. M. Cruveilhier pense toutefois que l'abondance, la nature végétale et la mauvaise qualité des aliments, ainsi qu'une habitation humide et malsaine, sont des causes non équivoques d'acéphalocystes. L'hydromètre hydatique s'observe chez des femmes adultes, lymphatiques, valétudinaires, cacochymes. Cette maladie n'atteint presque jamais que les femmes mariées, elle peut cependant dans quelques cas rares se développer chez une vierge, et l'on sait que Percy parvint à sauver l'honneur d'une chanoinesse accusée par la calomnie.

Le traitement des acéphalocystes utérines consiste à faire des injections d'eau salée ou d'oxycrat, ces injections préconisées par Percy, ne tardent pas à déterminer la sortie des hydatides, soit qu'elles agissent comme irritant, soit qu'elles jouissent d'une propriété spécifique. M. Lisfranc condamne cette pratique.

§ 3. Hydromètre des femmes enceintes, ou hydropisie de l'amnios.

Cette troisième variété d'hydromètre est constituée par la surabondance morbide du liquide amniotique ; mais comme la quantité normale des eaux de l'amnios est variable et n'est pas rigoureusement déterminée, il est fort difficile d'établir où commence l'hydropisie. Cependant d'après quelques observateurs on peut reconnaître un état maladif, dès que la quantité d'eau contenue dans la cavité de la membrane amnios excède deux ou trois livres. « Les véritables eaux de l'amnios s'accumulent quelquefois surabondamment dans cette membrane, et il en résulte un état vraiment maladif qu'on peut appeler *hydramnios*. On parle de cinquante livres d'eau ainsi amassées ; mais on peut, on doit croire ici à l'exagération, d'autant plus aisément que l'on ne prononce guère que par à peu près dans ces sortes d'occurrences. Cet état a quelquefois amené la métrite, et laissé même des traces d'inflammation dans le placenta et les membranes de l'œuf. Peut-être aussi l'inflammation était-elle cause, et non effet de cette hydropisie, qui dans des circonstances moins équivoques, se montre sous la dépendance d'une diathèse séreuse universelle, manifestée par d'autres hydropisies, l'anasarque en particulier. Dans le cas que nous citons ici en dernier lieu, et dans celui dont nous parlons plus haut d'après Van-Swieten la grossesse était gémellaire. Nous avons été témoin d'une pareille distension avec une grossesse double, mais sans anasarque : il en était résulté une péritonite dangereuse, et l'accouchement eut lieu avant terme ; les deux enfants étaient morts. L'accouchement fut également prématuré, mais l'enfant naquit vivant chez une femme mentionnée par le docteur Duclos. Dans d'autres circonstances, l'enfant a pu naître à terme, mais hydropique ou, comme nous l'avons vu, affecté d'anencéphalie, reste probable d'une hydropisie cérébrale. Ces sortes d'hydrométrie peuvent encore donner lieu à l'inertie de la matrice après l'accouchement, menacer de rupture utérine durant le travail. » (Dugès et Boivin, *Tr. prat. des mal. de l'utérus*, t. I, p. 257.)

L'observation rapportée par le docteur Mercier dans la *Bibliothèque médicale* semble prouver que l'*hydramnios* était due

à l'inflammation de l'amnios; le placenta était rouge, les membranes épaissies, l'amnios opaque, recouvert d'une fausse membrane adhérente; le liquide amniotique était trouble, blanchâtre, floconneux. Les faits dont Désormeaux a été témoin, lui ont montré une hydropisie active de l'amnios. « Une jeune dame, raconte cet auteur, enceinte de cinq à six mois est prise subitement de douleurs intolérables dans l'abdomen, accompagnées d'une agitation extrême et de beaucoup de fièvre ; on emploie un traitement antiphlogistique énergique : au bout de quelques jours les douleurs diminuent, on peut alors palper l'abdomen, et l'on reconnaît une fluctuation manifeste, et au-dessus de l'ombilic un corps solide flottant qui suit le flot de l'eau et vient frapper la main. Le peu d'épaisseur des parties interposées, la violence et le développement rapide des douleurs donnèrent d'abord l'idée qu'il s'était fait une rupture à l'utérus, et que le fœtus était passé dans la cavité du péritoine; mais on abandonna bientôt cette idée en reconnaissant l'existence de l'hydropisie de matrice. Environ deux mois après, cette dame fut prise des douleurs de l'enfantement; les membranes, en se rompant, laissèrent écouler cinq à six pintes de liquide, et bientôt elle accoucha d'un enfant vivant, mais faible et du volume d'un fœtus de six mois. De nouvelles douleurs se réveillèrent bientôt : une seconde poche membraneuse se fit sentir ; on la perça, et il s'en écoula une quantité d'eaux à peu près égale à celles du premier enfant. Un second enfant, presque aussi faible que le premier, fut expulsé sans difficulté. La délivrance se fit attendre quelques heures, et s'opéra ensuite naturellement. Les membranes examinées avec soin n'offrirent ni injection, ni épaississement, ni fausse membrane. Les deux placentas réunis en une seule masse offraient une épaisseur et une solidité remarquables; ils étaient dans un véritable état d'hypertrophie. Les deux enfants moururent peu d'heures après leur naissance. La mère se rétablit promptement.» (*Rép. gén. des sciences médicales*, t. xv, p. 564.)

Désormeaux fait suivre cette observation d'une autre extrêmement intéressante. Il s'agit d'une dame qui vers le cinquième mois d'une première grossesse éprouva des contractions utérines qui déterminèrent l'expulsion d'une grande quantité d'eau et d'un fœtus mort; mais qui dans des grossesses subséquentes mit au monde un enfant à terme et bien constitué, quand elle avait été abondamment saignée durant la gestation, et qui ne manquait pas d'avorter sous l'influence d'une hydramnios lorsqu'on avait omis d'ôter du sang.

L'hydromètre qui nous occupe en ce moment paraît se développer au moins dans certaines circonstances consécutivement à un travail phlegmasique. On la voit du reste survenir chez des femmes de tout âge, de tout tempérament et de toutes conditions : la cause déterminante a été plus d'une fois, un coup sur l'hypogastre. Une remarque qu'on peut encore déduire des faits observés, c'est que l'hydramnios a coïncidé souvent avec des grossesses gémellaires. (Scarpa, Désormeaux, Dugès.)

Les symptômes propres à cette hydropisie sont l'accroissement trop prompt de l'utérus, une douleur sourde dans la région hypogastrique et un sentiment de pesanteur dans le bassin proportionné à la quantité d'eau accumulée. Déjà nous avons vu que cette quantité d'eau était fort variable. Baudelocque l'a évaluée dans un cas à trente-deux pintes, Gherli a estimé à soixante livres le liquide qui s'écoula à l'instant d'un avortement. D'après Désormeaux la quantité d'eau la plus ordinaire serait de dix à douze pintes.

Le diagnostic est basé sur les mêmes considérations que celui de l'hydromètre ascitique, du moins pour ce qui a rapport à la distension et à la fluctuation de l'utérus. Mais ici les signes de la grossesse ont précédé le développement excessif du ventre, ou coexistent avec ces signes; de plus, la dilatation de l'utérus est plus considérable qu'elle ne devrait l'être à l'époque présumée de la grossesse, et le ballottement du fœtus est percevable dans la majorité des cas ; il ne pourra cependant pas l'être, lorsque (chose extrêmement rare) le fœtus tombe en deliquium.

L'hydramnios alors seulement pourra être confondue avec l'hydromètre ascitique avant la sortie du liquide, mais sera reconnaissable le jour où cette évacuation s'effectuera par l'expulsion simultanée de la poche membraneuse qui renfermait le liquide.

Le pronostic de cette affection très-grave pour le fœtus l'est en général fort peu pour la mère. Car la tendance qu'a l'orifice de l'utérus à se dilater s'il n'est oblitéré, permet presque toujours au liquide accumulé de s'échapper à une certaine époque, et l'issue est suivie d'une guérison durable le plus souvent.

Traitement. L'emploi des toniques et des dessiccatifs, vanté par Mauriceau et par quelques autres, est impuissant à empêcher les progrès de l'hydropisie, et force est d'attendre le moment de l'accouchement; mais comme à cette époque la sortie des eaux est souvent précédée d'accidents alarmants, il est parfois sage de ne pas compter sur les seuls efforts de la nature. Alors on pratiquera le cathérisme utérin, et on ouvrira les membranes à l'aide d'une sonde conique, et si l'orifice utérin n'était pas libre, on se déciderait à recourir à la ponction de l'utérus. Le trois-quarts doit être plongé entre l'ombilic et le pubis. (Camper, Scarpa, Bonn, Langius, Reiscard et autres.) Désormeaux dit qu'en opérant par le vagin, on a moins à craindre l'inflammation de l'utérus, et nullement l'épanchement de la sérosité dans la cavité du péritoine.

ARTICLE XIX.

Physométrie ou tympanite utérine.

La pneumatose de l'utérus, que l'on désigne généralement sous le nom de physométrie, est occasionnée le plus souvent par le dégagement dans la cavité utérine, de gaz provenant de la décomposition de divers corps organiques (caillots, mucosités concrètes, placenta, débris de fœtus), qui obstruent l'ouverture du col de la matrice. Les accoucheurs ont en effet rencontré cette sorte de tympanite, lorsqu'il séjourne dans la matrice des caillots, des débris de secondines ou de fœtus qui passent à l'état de putréfaction. Les gaz intra-utérins proviennent quelquefois d'un ulcère cancéreux, d'après l'observation d'Astruc, de Pomme, de Portal, de Baudelocque. On ne connaît pas encore bien la composition chimique de ces gaz; on conçoit d'ailleurs qu'elle peut être variable; ces gaz sont ordinairement fétides, répandent en brûlant une odeur de soufre, ils contiennent très-probablement de l'acide sulfhydrique. Leduc, après avoir entraîné avec un crochet le corps gangrené d'un fœtus, vit un fluide gazeux s'échapper avec violence de la vulve; il répandait une odeur de soufre brûlé, avec une flamme de couleur violette; quelquefois ces gaz sont inodores.

Causes. Dans certaines circonstances, la physométrie paraît résulter d'une exhalation gazeuse qui s'opère à la surface de la membrane interne de l'utérus; cette sécrétion se fait peu à peu et distend graduellement la matrice, dont la tuméfaction progressive peut faire croire à une grossesse (*graviditas imaginaria*), tuméfaction qui s'affaisse lorsqu'arrive la sortie bruyante des gaz par le vagin (*éructation vaginale*). Cette tympanite utérine dite essentielle, est du reste assez rare. Pomme en cite quelques exemples dans son traité des *maladies des nerfs*. On en trouve un autre, publié en 1830 dans le recueil de la société médico-chirurgicale de Bologne. Une femme de quarante ans se croit enceinte, ses menstrues se suppriment, le ventre se gonfle, et la matrice au cinquième mois est parvenue au niveau de l'ombilic. Un jour cette femme se baisse, tout à coup des flatuosités abondantes s'échappent de la vulve et le ventre s'affaisse complétement.

Une personne hystérique dont parle Sauvages, affectée souvent de physométrie, en était exempte peu de temps après les règles. Chez quelques femmes, la sortie des gaz accumulés est empêchée par la présence d'une membrane, d'un polype, d'un pessaire.

La tympanite utérine a semblé être assez souvent la conséquence de la masturbation, du coït, de l'inertie utérine après la parturition et les grandes hémorrhagies. Cette maladie s'observe chez des femmes âgées de quarante à cinquante ans, qui sont nerveuses, hystériques, et

qui sont accouchées une ou plusieurs fois.

Symptômes. L'accumulation de gaz dans la cavité utérine donne lieu à certains phénomènes propres à en faire reconnaître la présence. La matrice distendue forme dans la région hypogastrique une tumeur globuleuse dont le volume est proportionné à la quantité de gaz contenu dans la cavité de l'organe. Lorsque la physométrie se manifeste peu de temps après l'accouchement, alors que l'utérus n'a pas eu encore le temps de revenir sur lui-même, les parois de cet organe parfois même frappées d'inertie, n'opposent qu'une faible résistance à la distension gazeuse, et alors dans l'espace de quelques jours la matrice peut reprendre un volume égal à celui qu'elle présentait avant l'accouchement. Deux faits de ce genre ont été communiqués par M. le professeur Deneux à M. Chomel, qui les a consignés dans son article *Pneumatoses* du *Dictionnaire de Médecine*. « Appelé cinq jours après l'accouchement, auprès d'une femme dont les lochies étaient devenues très-fétides le troisième jour, et avaient été supprimées le quatrième, il la trouva dans un état comateux, accompagné de turgescence de la face, et de difficulté extrême de la respiration. Le ventre était tendu et résonnait comme dans la tympanite intestinale. Le toucher lui fit reconnaître qu'un caillot fibrineux occupait l'orifice de l'utérus; à peine ce caillot fût-il déplacé, qu'un gaz infect fit explosion par la vulve; le ventre diminua aussitôt de volume; il s'affaissa complétement, lorsque, par une nouvelle tentative, le caillot eut été entraîné, et avec lui de nouveaux gaz et une certaine quantité de sang très-fétide. Au bout de vingt-quatre heures, la malade reprit connaissance, et en peu de jours, elle fut hors de danger. Dans le second cas, une portion des membranes bouchait l'orifice utérin, et l'utérus offrait le volume qu'il présente ordinairement vers le quatrième mois; l'extraction du corps étranger fut suivie de l'expulsion d'une assez grande quantité de gaz. » (*Dict. de Méd.*, t. XVII, p. 196.) Dans les cas les plus ordinaires cependant, la matrice ne s'élève guère au-dessus de l'ombilic; la palpation hypogastrique pratiquée dans la physométrie, fait reconnaître le volume et l'élasticité de la tumeur formée par l'utérus, en même temps que la percussion fait constater sa sonoréité analogue à celle qui a lieu dans la tympanite intestinale. Le toucher vaginal, aidé de la pression sur l'hypogastre, permet de s'assurer que la tumeur est formée par l'utérus, et selon quelques auteurs, le même mode d'exploration fait apprécier la légèreté de la matrice distendue, ainsi que l'absence de ballottement intérieur dans sa cavité.

Pour peu que la distension gazeuse de la matrice soit considérable, il en résulte diverses incommodités pour les malades, probablement causées par la pression que la tumeur exerce sur les parties voisines. Les malades se plaignent d'une sensation de gêne et de tension vers l'hypogastre; de douleurs qui se propagent dans les lombes, les aines et les cuisses, et même jusque dans la région épigastrique : il y a souvent aménorrhée. D'après M. Lisfranc, « ces phénomènes morbides sont parfois accompagnés de soif, d'anorexie, de frisson, d'une fièvre légère, qui présente le soir des exacerbations plus ou moins développées; l'expulsion des matières fécales et des urines n'est pas toujours normale; gêne de la respiration, paresse, dégoût prononcé pour l'exercice; tuméfaction des mamelles; elles fournissent quelquefois un liquide qui paraît être de *la lymphe laiteuse.* » (*Clinique chirurgicale de la Pitié*, t. III, p. 122.) Tous ces symptômes diminuent ou cessent même tout à fait, lorsque les gaz contenus dans l'utérus se font jour par le vagin. Cette sortie des gaz arrive à des époques très-variables.

Diagnostic. Dans les cas où la tympanite utérine s'établit d'une manière lente et graduée, le développement progressif de l'utérus qui en résulte, pourrait en imposer au premier abord pour une grossesse, mais l'erreur sera facilement reconnue par le son tympanique de la tumeur, par sa légèreté et par l'absence du ballottement et des mouvements de l'enfant; du reste, le plus souvent la menstruation n'est pas interrompue. Il est tout aussi facile de distinguer la physométrie d'une hydropisie utérine ou ascite.

Pronostic. La tympanite utérine n'est

pas une affection grave, quoiqu'il soit parfois difficile d'en obtenir la guérison. Si dans certains cas elle a été accompagnée de symptômes redoutables, ces derniers ont été plutôt la conséquence des causes particulières de l'accumulation gazeuse que de cette accumulation elle-même, comme il arrive lorsque les gaz sont produits par la putréfaction d'un fœtus ou d'une portion de placenta, ou lorsqu'ils sont formés par des ulcérations de l'utérus de mauvaise nature. La stérilité temporaire est causée par la physométrie « soit que le sperme ne puisse être éjaculé dans l'utérus, dont l'orifice est fermé, soit que cette liqueur prolifique se corrompe au milieu des flatuosités qui distendent l'organe et en empêchent la péristole, pour nous servir de l'expression de Galien.» (Capuron, *Traité des malad. des femmes*, p. 190.)

Traitement. Lorsque le toucher vaginal permet de reconnaître qu'un des corps étrangers que nous avons cités forme obstacle au libre passage des gaz contenus dans la matrice, le doigt explorateur suffit dans le plus grand nombre des cas pour déplacer cet obstacle, et procurer ainsi la sortie des fluides aériformes. S'il s'agissait d'un polype, il faudrait se comporter selon les régles de la chirurgie (voyez *Polypes utérins*). « Dès que la matrice est vidée, dit M. Capuron, on prévient le retour de la maladie par les toniques et les amers qu'on donne à l'intérieur ou qu'on injecte dans la matrice; les martiaux, les bains de siége froids, les frictions sur l'abdomen sont alors de la plus grande utilité.» (*Loc. cit.*, p. 190.)

Si l'occlusion du col utérin par un corps étranger n'existe pas, on s'en tiendra à faire des injections, des douches vaginales avec de l'eau pure ou légèrement chlorurée, et à prescrire des bains, des frictions, des antispasmodiques. Comme ces moyens peuvent être impuissants dans les cas de resserrement du col, on a conseillé alors la dilatation de l'orifice utérin à l'aide des doigts, procédé qui ne doit être employé qu'avec une extrême réserve pendant la grossesse, mais qui, dans cette circonstance même, a été pratiqué avec succès par Baudeloque et Larrey de Nîmes.

« On a conseillé, dit M. Lisfranc, d'appliquer à l'aide du speculum, de l'extrait de belladone sur le museau de tanche; on pense que des titillations faites avec le doigt sur l'extrémité inférieure de la matrice sont avantageuses; elles ne m'inspirent pas une très-grande confiance : il me semble qu'elles exposent au moins à l'irritation sous l'influence de laquelle l'orifice vaginal utérin s'est fermé; les succès obtenus par des pressions exercées sur l'hypogastre sont incontestables; on prescrit encore des fumigations dirigées sur la vulve et introduites dans le vagin à l'aide d'un conducteur : s'il existe de l'irritation, si un état de faiblesse très-prononcé ne s'oppose pas à une congestion sanguine, ce moyen est mauvais; il peut en effet enflammer l'utérus ou le fluxionner; personne n'ignore qu'il est capable de produire ce dernier résultat chez les femmes même bien portantes, dont on veut rappeler les règles. » (*Loc. cit.*, p. 325.)

M. Lisfranc désapprouve le conseil donné quelquefois de sauter, de danser, dans l'intention d'imprimer des secousses qui détermineraient l'expulsion des corps gazeux, et n'engage à prescrire les purgatifs qu'après être sûr qu'ils pourront être tolérés. Les injections intra-utérines paraissent avoir causé des péritonites funestes.

La physométrie symptomatique d'une affection de l'utérus est subordonnée au traitement de la maladie primitive.

L'auteur que nous venons de citer trace en ces termes la conduite thérapeutique à tenir : « L'inertie de la matrice est la cause de la *grossesse venteuse* : ayez recours aux toniques et aux excitants locaux et généraux : les frictions sur l'abdomen, le seigle ergoté administré par la bouche, jouissent d'une réputation bien méritée.

» La femme est ordinairement faible. N'existe-t-il pas une métrite chronique, ou bien une induration de l'utérus avec subinflammation, les préparations de fer, de quinquina, de gentiane, les frictions les fomentations toniques, excitantes, l'application d'une flanelle chaude sur l'hypogastre, réussissent en général; les compresses d'eau froide, la glace mise sur le ventre, ont l'avantage de conden-

ser les gaz, de favoriser ainsi les contractions de la matrice.

» Quand on a la conviction bien entière que la grossesse n'existe pas, on introduit dans les cas rebelles une sonde de gomme élastique dans l'orifice inférieur de l'utérus : elle pénètre à une hauteur convenable ; on recommande de fixer une vessie sur son extrémité externe afin de pouvoir recueillir les gaz qu'on extrait de la capacité utérine : il est facile ensuite de les analyser. Chez les femmes fortes, on conseille les sangsues ou la phlébotomie spoliative (nous préférons cette dernière); les bains chauds et les cataplasmes émollients, les injections presque froides et de même nature, le lavement entier et le quart de ce remède peu chauds, conviennent beaucoup.

» On combat d'ailleurs, par les moyens appropriés, les phlegmasies, l'hypertrophie, les ulcérations utérines, les ménorrhagies, les leucorrhées, etc., qui peuvent compliquer la physométrie.

» Les personnes fortes se soumettent à l'usage d'aliments doux : une alimentation fortifiante et non excitante convient aux femmes faibles.

» Pour éviter les récidives de la maladie il faut en éloigner les causes; les femmes d'une bonne constitution sont traitées par les émollients, celles d'une constitution affaiblie ont recours à des médicaments toniques; les douches sont souvent très-utiles quand on ne craint pas de trop exciter; les bains de mer me paraissent fort avantageux ainsi que les bains de rivière.» (*Loc. cit.*, p. 326.)

Il est des circonstances où la matrice peut laisser parvenir dans sa cavité de l'air atmosphérique ou d'autres gaz, mais qui ne déterminent pas de tuméfaction hypogastrique, parce que les conditions qui permettent leur entrée dans la matrice facilitent leur sortie et s'opposent à leur accumulation persistante. Cet état de choses a été appelé *fausse tympanite utérine*. L'ampleur du vagin, sa disposition à rester béant à la suite d'un accouchement récent, surtout après une couche laborieuse, la présence d'un pessaire, l'action de se baisser, etc., sont les principales conditions qui donnent lieu à la *tympanite fausse de l'utérus*. Quelques personnes ont prétendu que dans le coït et la masturbation, de l'air pouvait parvenir jusque dans la cavité utérine, puis en sortir avec bruit. Enfin les gaz intestinaux qui pénètrent dans le vagin lorsqu'il existe une fistule recto-vaginale peuvent parfois s'introduire dans la matrice, mais toujours sans y séjourner longtemps.

ARTICLE XX.

Hydro-physométrie.

Nous venons de voir que la matrice peut recéler, tantôt des liquides, tantôt des gaz, ce qui constitue ou l'hydrométrie ou la physométrie. Mentionnons ici que, dans quelques cas rares, il existe simultanément dans l'utérus des fluides liquides et gazeux, c'est-à-dire une *hydro-physométrie*. Les causes, les symptômes, le traitement de cet état morbide double se confondent avec les causes, les symptômes, le traitement de l'hydromètre et de la tympanite utérine.

Le diagnostic est difficile avant la sortie des fluides, à cause de la prédominance presque constante de l'un d'eux, ce qui conduit à croire à l'existence d'une hydromètre ou d'une physométrie plutôt qu'à leur coexistence.

Frank dit que, si la malade fait un mouvement brusque, on entend une espèce de gargouillement. On conçoit, au moins théoriquement, que la partie inférieure doit produire un son mat, et sa portion la plus élevée un son gazeux. Cette affection, bien que rare, a été observée par A. Benedict, C. de Viga, Laurent, Joubert, Frank, M. Lisfranc, etc.

ARTICLE XXI.

Gangrène de la matrice.

Cette maladie a été mentionnée par Morgagni, Lieutaud, Mauriceau, Selle, Portal et d'autres encore. Cette sorte de gangrène a même été étudiée par Boër, Joerg, Wenzel, Restelhueber, Luroth, Désormeaux et M. Danyau fils. Ce dernier a fait de cette maladie l'objet de sa dissertation inaugurale.

Les caractères anatomiques de cette

lésion utérine sont assez semblables à ceux de la gangrène en général.

L'utérus est plus volumineux que dans l'état sain; ses parois sont transformées en un tissu spongieux, leur surface externe se fait remarquer par des taches rouges, par des arborisations vasculaires, et plus souvent par des taches d'un blanc sale, ou par des taches livides plombées. Le tissu utérin est notablement ramolli; il est friable entre les doigts, il a, selon Boër, l'apparence d'un fruit pourri, d'une teinte tantôt pâle, tantôt foncée, livide, noirâtre; la surface interne de la matrice est la partie de l'organe la plus ramollie; elle est quelquefois ulcérée et constamment recouverte de matières altérées, putrides, noires, brunâtres ou grisâtres, exhalant une odeur tellement infecte que M. Danyau dit qu'elle produit quelquefois chez la personne qui fait l'autopsie et chez celles qui y assistent des envies de vomir et des crachottements fort incommodes. Cette odeur fétide, gangréneuse, est caractéristique. Le tissu de l'utérus, au-dessous de cette couche putride formée aux dépens des restes de l'arrière-faix, mêlés au produit de la sécrétion, se trouve altéré jusqu'à 5 millimètres, et même jusqu'à un peu plus d'un centimètre de profondeur.

La gangrène marche ici de dedans en dehors. Selon Boër et quelques autres observateurs, cette altération envahit d'abord le col utérin et se propage secondairement aux autres parties de la matrice, qui sont presque toujours moins *putrescentes*. Mais les faits observés par M. Danyau lui ont démontré que le lieu de l'implantation du placenta est souvent plus profondément ramolli que le reste, qu'il n'est pas rare non plus que la maladie se borne à la partie où était fixée cette masse vasculaire; dans tous les cas, cette surface bourgeonnée est peu distincte et quelquefois méconnaissable. (*Thèse inaug.*, 1829, p, 39.)

M. Duplay a rencontré plus souvent l'escharrification du col que celle des autres points de la matrice; il compare les plaques brunes noirâtres ou grisâtres de la gangrène partielle aux escharres des parties molles causées par l'action de la potasse caustique. Cet auteur fait ressortir les différences qui existent entre la gangrène limitée, éparse, et celle qui occupe toute la face interne de l'organe. « Le plus ordinairement dans ce cas, le ramollissement gangréneux, au lieu d'être brun ou grisâtre, est d'un rouge clair : le tissu de l'utérus est converti en une sorte de pulpe rosée, sorte de gelée tremblante que M. Désormeaux comparait à de la gelée de groseilles ou de framboises d'une odeur fétide. Le tissu ramolli est ordinairement mobile sur le tissu sous-jacent; on l'enlève assez facilement quand on promène sur lui le tranchant d'un scalpel. Ordinairement, l'étendue de cette altération efface l'insertion du placenta en occupant toute la face interne de l'utérus, s'étend souvent jusqu'au col, et même jusqu'à la partie supérieure du vagin. » (*Journ. compl. des sciences médicales*, l. XLII, p. 8.)

Lorsqu'à la nécroscopie on rencontre la matrice gangrenée, on trouve presque toujours diverses traces positives d'inflammation dans d'autres organes, principalement dans les organes abdominaux. Quelquefois c'est la gangrène qui semble envahir presque tous les viscères abdominaux, comme on le voit dans la soixante-cinquième lettre de Morgagni. « En examinant le cadavre d'une femme âgée de quatre-vingt-six ans, pendant qu'on incisait l'abdomen, je remarquai, dit cet auteur célèbre, que ses muscles étaient verdâtres; et, quand il eut été ouvert, je vis les intestins et le mésentère qui étaient tachetés d'une couleur verte et rouge; ils répandaient aussi une odeur très-fétide. Le vagin présenta, disséminées dans son intérieur, des taches jaunâtres et d'un rouge brun. Il restait à peine de très-petits vestiges des ovaires... Une protubérance un peu inégale, d'un rouge noirâtre, s'élevait au côté interne et supérieur du fond de l'utérus » (*Encycl. des sc. médic.*, Morgagni, l. III, p. 544.)

La gangrène de l'utérus n'est jamais plus fréquente que dans les métrites puerpérales graves et épidémiques, dont elle est une des plus redoutables terminaisons. Nous ne reproduirons pas ici surabondamment les symptômes déjà exposés des métrites puerpérales; nous noterons seulement que, dans les cas où la *putres-*

cence peut être reconnue pendant la vie, elle se signale par certains symptômes dont voici les plus constants : la douleur hypogastrique disparaît, un liquide brunâtre et fétide s'écoule par la vulve, une diarrhée d'une odeur cadavéreuse s'établit; l'haleine devient infecte, sueurs froides et visqueuses, partielles ou générales; le pouls est fréquent, petit et intermittent; le visage est profondément altéré, les extrémités se refroidissent, la malade est en proie à des lipothymies, au coma et parfois au délire.

En même temps que se montrent ces phénomènes, lorsque la putrescence occupe toute la surface de l'utérus, le toucher peut confirmer le diagnostic, puisque nous avons vu que très-souvent le col utérin est la partie la plus affectée.

D'après Portal, la gangrène de la matrice « a lieu quelquefois chez des femmes qui ont à peine éprouvé de la fièvre et de la douleur dans la région hypogastrique, de la chaleur dans toute l'habitude du corps, symptômes ordinaires de l'inflammation, qui ont été quelquefois très-intenses, sans cependant que la gangrène soit survenue; ce qui prouve qu'il y a des sujets qui y sont plus disposés que d'autres; et sans doute par rapport à quelque humeur acrimonieuse dont ils sont affectés. » (*Anat. méd.*, t. v., p. 520.)

Lorsque la gangrène a envahi toute la surface de l'utérus, elle se manifeste par les symptômes fâcheux que nous avons exposés plus haut; mais quand cette altération est limitée, quand elle ne produit que des escharres disséminées, elle reste souvent à l'état latent.

La durée de cette affection ne saurait être déterminée; la mort arrive presque constamment quelques jours après qu'on a pu soupçonner ou reconnaître la *putrescence* de l'utérus. Le pronostic des métrites puerpérales est rendu beaucoup plus grave par cette complication.

La gangrène de l'utérus est une maladie rare; la plupart du temps elle paraît être due à la violence d'une inflammation préalable : on l'a souvent observée à la suite de manœuvres obstétricales longues et difficiles; plusieurs observations rapportées par M. Ristelhueber confirment la fâcheuse influence de ces manœuvres; nous citerons une de ces observations.

Rosalie Erny, âgée de 29 ans, d'un tempérament lymphatique, enceinte pour la seconde fois, fut accouchée par le forceps le 29 décembre 1808. Pour opérer l'accouchement on fut obligé de faire des tractions violentes : on réitéra plusieurs fois la manœuvre et l'on ne fit sortir l'enfant qu'après avoir employé une force considérable.

Le 29 à la visite du matin, douleur dans la région hypogastrique, pouls fréquent et dur (tisane de bourrache édulcorée).

Du 29 au 30, douleurs extrêmement vives dans la région hypogastrique augmentant par la pression (même tisane, embrocations huileuses sur le ventre).

Le 30, écoulement sanguin peu abondant par le vagin; douleurs permanentes dans la région hypogastrique; pouls fréquent et dur; commencement de tuméfaction de l'abdomen, flaccidité des mamelles (injections par le vagin avec l'infusion de camomille, embrocations huileuses tièdes sur le ventre, trois lavements de décoction de graines de lin).

Le 31, selles fréquentes et d'une odeur insupportable, brunâtres; sueur abondante pendant la nuit; mamelles toujours flasques; persévérance des douleurs dans la région hypogastrique; suppression de l'écoulement sanguin qui se faisait par le vagin, anxiétés; difficulté de respirer, affaiblissement de la voix; altération des traits du visage; tuméfaction considérable de l'abdomen; pouls fréquent, concentré, (continuation des moyens prescrits le 30).

Le premier janvier, exaspération des accidents; soubresauts; délire; pouls petit, concentré, précipité. Même appareil de symptômes le 2 janvier; décédée le 3 janvier à 5 heures du matin.

Autopsie. Les parties externes de la génération livides, le périnée déchiré, une grande quantité de sérosité dans la cavité du péritoine, concrétions jaunâtres, comme caséeuses répandues sur différents points du péritoine; les vaisseaux de cette membrane injectés et dans un véritable état de phlogose; les parois de la matrice très-épaisses et comme lardacées; l'utérus très-volumineux; la face

interne de la matrice couverte d'un enduit noir, cette noirceur occupant à peu près deux lignes d'épaisseur du tissu utérin ; le col de la matrice livide et dans un véritable état de gangrène.

M. le docteur Ristelhueber rapporte encore deux autres exemples de gangrène de la matrice, développée dans des circonstances semblables et présentant les mêmes phénomènes et les mêmes lésions que dans l'observation précédente ; ces faits ont été recueillis à la clinique de la faculté de Strasbourg. (*Journal de Médecine, Chirurgie et Pharmacie de Corvisart*, t. XXVII, p. 229 et 49.)

Ozanam rapporte que dans les épidémies de fièvre puerpérale l'utérus présentait des traces de gangrène, surtout à la suite d'opérations *obstétriques* laborieuses. Cependant la putrescence de l'utérus se développe aussi chez des femmes dont la délivrance s'est effectuée naturellement et avec facilité; la plupart des faits cités par M. Danyau dans sa thèse, sont relatifs à des personnes accouchées par les seules forces de la nature.

Un travail inflammatoire ne semble pas toujours précéder la putrescence utérine, aussi plusieurs observateurs ont-ils avancé que cette sorte de gangrène était une altération primitive *sui generis*, due à une disposition septique des humeurs. Telle est l'opinion de Boër, de Jœrg, Luroth etc. Wenzel admet trois espèces de désorganisations gangréneuses de l'utérus : 1° celle qui résulte de la violence de l'inflammation ; 2° celle qui succède à une inflammation moins vive ; 3° celle qui survient sans inflammation et qui est pour lui la putrescence de l'utérus. Désormeaux pense « qu'il est bien difficile d'admettre qu'elle n'est pas toujours (la putrescence), la suite d'une inflammation aiguë de l'utérus, quoiqu'on ne trouve pas toujours des traces d'inflammation dans les parties voisines, et quoiqu'elle puisse se développer sans signes préalables d'inflammation ; mais dans bien des cas de gangrène spontanée à l'extérieur ou d'inflammation septique, dans le charbon, par exemple, le caractère inflammatoire ne nous échapperait-il pas si les phénomènes ne se passaient sous nos yeux? » (*Dict. de Méd.*, t. XXI, p. 112.)

Certaines conditions inconnues des épidémies puerpérales font que, durant leur existence, la gangrène de l'utérus est moins rare que d'ordinaire. Quant au caractère contagieux de cette lésion, il n'est pas généralement reconnu.

La putrescence utérine qui a lieu pendant le travail de l'accouchement, devient une cause de rupture de la matrice. Rayger raconte un fait qui prouve assez cette assertion (*Ephém. des cur. de la Nat.*, décembre, année 8, obs. 60), et M. Duparcque énonce des faits analogues.

Le traitement de cette grave altération est celui des métrites puerpérales régnantes, combiné à l'emploi des antiseptiques : malheureusement, ainsi que le confesse Désormeaux, la putrescence de l'utérus s'est toujours montrée rebelle aux moyens spéciaux par lesquels on a essayé de la combattre (*loc. cit.*).

ARTICLE XXII.

Corps fibreux de la matrice.

Nous adoptons, comme Bayle, la dénomination de *corps fibreux de la matrice* pour désigner ces productions dont la trame a de l'analogie avec le tissu fibreux, et qui se manifestent sous une forme plus ou moins globuleuse, dont le siége est surtout dans le tissu même de la matrice. Ces productions forment des tumeurs qui peuvent faire saillie du côté de la surface péritonéale comme dans la surface muqueuse de l'utérus. Cette dernière forme avait été bien connue même avant Bayle, et on la désignait sous le nom de *polypes charnus*, ou *sarcomateux*, ou *fibreux*. Aujourd'hui même il serait difficile de dire toujours en quoi diffèrent certains polypes que nous décrirons plus tard et les corps fibreux qui font saillie dans la cavité utérine. Il est bon que le lecteur soit d'abord prévenu de cette circonstance.

Historique. S'il est vrai de dire que c'est surtout depuis les travaux de Baillie, de M. Roux (*Journ. de Méd. chir. et ph.*, germinal an X, t. 18, p. 443) et depuis ceux de Bayle (Voyez les articles *Anatomie pathologique* et *Corps fibreux de l'utérus* du *Dictionn. des sciences méd.*) que ces corps,

sont bien connus et bien classés, il est juste de convenir aussi que leurs prédécesseurs n'ignoraient pas complétement cette maladie de l'utérus, car elle est très-fréquente et les tumeurs peuvent quelquefois acquérir un volume considérable. Elle a donc nécessairement frappé l'attention des médecins de tous les temps qui ont observé, avec quelque soin, les maladies des femmes; mais les premiers observateurs voyant des analogies entre ces tumeurs et celles du sein, avec les concrétions calculeuses ou avec d'autres dégénérescences, les ont désignées sous le nom de squirrhes de la matrice, de tumeurs anomales, de squirrhes ossifiés, de tubercules, de scléromes, etc. Voyez ce que nous avons dit à l'article *Corps étrangers de la matrice*.

La confusion que faisaient quelquefois les anciens et les auteurs modernes jusqu'à Bayle entre les corps fibreux et les autres dégénérescences de la matrice, ne doit pas inspirer le dédain pour leurs travaux et les faits qu'ils ont publiés, car ils peuvent être d'une utilité réelle, surtout en les consultant avec les lumières qu'a jetées sur ce sujet l'*anatomie pathologique* telle qu'elle a été organisée par Bayle, Laënnec et Dupuytren. Avec ces lumières, il est facile de s'apercevoir que, dès la plus haute antiquité, cette lésion avait été observée, puisqu'il a toujours été question de femmes qui éprouvaient les mêmes symptômes que nous allons attribuer aux corps fibreux, symptômes que Paul d'Égine rapportait au *sclérome* de la matrice (*De re medicâ*. Lib. III, cap. LXVIII). Si on consulte les observations de Fab. de Hilden, surtout la 66 et la suivante de la cent. 1; si on médite Paré, liv. XXIV, chap. XLI, on voit que ces auteurs avaient réellement trouvé dans leurs dissections des tumeurs fibreuses, et même que la structure de ces tumeurs ne leur était pas complétement inconnue. L'erreur touchant ces productions portait principalement sur leur transformation, sur leur tendance à passer à l'état de cancer, ce qui amenait nécessairement une confusion entre cette dernière dégénérescence sans analogue dans l'économie avec une dégénérescence qui est analogue; à savoir, le tissu fibreux. Morgagni a commis la même erreur sur les transformations des tumeurs fibreuses, qu'il a cependant indiquées et même quelquefois caractérisées dans plusieurs points de son immortel ouvrage. Ainsi, selon nous, on doit rapporter aux tumeurs fibreuses ce qu'il appelle tubercules de la matrice : il trouva une de ces tumeurs dans les parois du col de la matrice; elle était ronde, tirant sur le rouge livide et *plus dure* que le tissu propre de la matrice. (*Epit.* 30, n° 28.) Dans l'Epitre 56 il est encore question d'une de ces tumeurs grosse comme une noisette; elle faisait saillie à l'extérieur de la matrice; elle était blanche et fort dure. Dans l'Épitre 39, n° 36, Morgagni cite des auteurs ayant vu de ces tumeurs qui, au lieu de faire saillie du côté de la cavité utérine, proéminaient vers la cavité abdominale. Les tumeurs fibreuses, remarquables par leur volume, ont d'abord été bien signalées par Desgaux de Fobert (*ancien Journal de médecine*, 1759, tome XI, page 336) et par Chambon (*Maladies des Femmes*, tome X). Si on consulte en même temps les auteurs que nous venons de citer pour connaître les diverses périodes des tumeurs fibreuses, on les trouvera représentées comme *charnues* par Fab. de Hilden, comme *fibro-cartilagineuses* par Chambon; enfin Paré, Morgagni et Desgaux de Fobert en citent *d'ossifiées*. Mais pour trouver une idée complétement juste sur la nature de ces tumeurs de la matrice, il faut arriver à Baillie qui, le premier, a parfaitement distingué ces corps des tumeurs cancéreuses de la matrice (*Anat. path.*, chap. XXI). Au lieu de trouver un rapport avec le cancer, il a constaté l'analogie de ces tumeurs avec les polypes fibreux (*ibid.* sect. IV). Baillie a même constaté la transformation osseuse de ces corps. M. Roux est venu ensuite pour régulariser ce qui avait trait à l'évolution des corps fibreux, et, profitant des travaux de son ami Bichat, il a eu la gloire d'écrire, le premier, une bonne histoire de ces tumeurs (Voyez *Journal de méd., de chir. et de pharm.*, tome IV, page 445, et *Mélanges de Chirurgie*, page 107). Bayle en 1802 avait décrit les corps fibreux dans leurs divers états et indiqué leurs différents siéges; il avait surtout fait

ressortir les caractères qui les distinguent des tumeurs squirrheuses qui devaient subir la dégénérescence cancéreuse.

Nous avons déjà parlé des travaux de M. Roux et de son opinion peut-être un peu exagérée, sur les *calculs de la matrice* (Voyez cet article dans la 2e liv.); c'est cependant ce professeur et Bayle qui font école relativement à cette question. Tous les travaux qui ont été entrepris depuis ceux de ces deux auteurs, en portent l'empreinte et n'en sont qu'un développement. Nous aurons donc beaucoup à emprunter à Bayle et à M. Roux.

Anatomie pathologique. Un article de la nature de celui que nous écrivons est plus facilement élucidé quand il commence par l'anatomie. Après avoir dit ce que Bayle entendait par corps fibreux de la matrice, nous décrirons d'abord les divers états de ces corps et leur siége dans les divers points de la matrice; nous n'entreprendrons qu'après, la pathologie proprement dite de ces tumeurs.

Siége des corps fibreux de la matrice. Les corps fibreux de la matrice (ceux qui sont interstitiels) peuvent occuper trois siéges différents. Les uns sont situés dans le tissu fibreux de la matrice, les autres entre le tissu fibreux et la tunique péritonéale; il en est enfin qui sont situés entre le tissu fibreux et la surface qui est regardée comme une membrane muqueuse. Quelquefois on trouve dans la même matrice un grand nombre de corps fibreux situés dans les trois endroits que nous venons d'indiquer.

Les corps fibreux renfermés dans le tissu propre de la matrice ne sont jamais unis avec ce tissu par continuité de substance. Quelquefois ils sont très-adhérents, mais pour l'ordinaire ils ne tiennent aux fibres de l'utérus qu'à l'aide d'un tissu cellulaire très-facile à déchirer; ils sont quelquefois tellement isolés des fibres de la matrice, qu'au premier aspect on les croirait enkystés. Lorsqu'ils sont nombreux ou très-volumineux, ils déforment tout à fait le corps de la matrice; presque toujours, quand ils deviennent aussi gros que la tête d'un homme, ils agrandissent la matrice dans tous les sens, et dilatent considérablement sa cavité. (*Dict. des sciences médic.*)

Mais pour la médecine opératoire applicable à ces tumeurs, on ne saurait être trop éclairé sur les circonstances qui tiennent à leur position; c'est ce qui nous a engagé à extraire ce passage du docteur Amussat :

« Les tumeurs fibreuses interstitielles peuvent se développer dans différents points de l'utérus : dans la paroi postérieure, dans la paroi antérieure, sur les côtés et dans le fond de cet organe.

» Lorsqu'une tumeur fibreuse se développe dans la paroi postérieure, elle dilate peu à peu cette paroi, la dédouble comme si elle était composée de deux feuillets, et elle en forme une coque, espèce de kyste ou d'enveloppe qui s'amincit de plus en plus à mesure que la tumeur augmente de volume. Dès qu'elle a envahi toute l'étendue de la paroi postérieure de haut en bas, elle vient faire saillie dans le vagin en dédoublant aussi la lèvre postérieure du col et en la faisant procider en bas; alors on peut facilement la reconnaître en portant un doigt dans le vagin.

» La cavité de la matrice s'agrandit souvent en proportion du volume de la tumeur, et la paroi opposée de l'utérus s'hypertrophie ordinairement.

» L'ouverture du col s'agrandit aussi transversalement, et la lèvre antérieure s'amincit de manière à former un croissant au devant de la lèvre postérieure, qui est plus ou moins développée par le volume de l'extrémité inférieure de la tumeur qu'elle contient.

» On conçoit facilement ce qui doit arriver lorsque la tumeur se développe dans les autres points que j'ai indiqués; ainsi lorsqu'elle a pris naissance dans la paroi antérieure de l'utérus, les mêmes phénomènes ont lieu, mais en sens inverse, c'est-à-dire que cette paroi se dédouble de la même manière, la cavité de l'utérus s'agrandit en arrière, la paroi postérieure s'hypertrophie et l'ouverture du col s'élargit transversalement aux dépens de la lèvre postérieure, qui forme un croissant en arrière de l'extrémité inférieure de la tumeur.

» Lorsqu'une tumeur fibreuse se développe dans les parois latérales de l'utérus, elle produit à peu près les mêmes phéno-

mènes; seulement la cavité de l'utérus et l'ouverture du col se trouvent à gauche ou à droite, au lieu d'être en avant ou en arrière.

» Enfin si une tumeur fibreuse se développe dans le fond de l'organe, elle dédouble ordinairement ses parois de haut en bas, en refoulant la cavité utérine vers le col, et en la faisant disparaître à mesure que la tumeur augmente de volume.

» On peut voir plusieurs exemples de cette espèce dans l'ouvrage de M. Cruvelhier et dans le musée Dupuytren. » (*Mémoire sur les tumeurs fibreuses de l'utérus*, 1842, p. 3.)

Parmi les corps fibreux situés entre le tissu fibreux de la matrice et la tunique péritonéale, les uns presque entièrement renfermés dans les parois de l'utérus, forment seulement une protubérance du côté de l'abdomen, les autres sont totalement renfermés dans la tunique péritonéale qui leur fournit un pédicule quelquefois très-grêle : ce pédicule et quelques lames cellulaires paraissent alors le seul moyen d'union de ces corps avec la partie fibreuse de la matrice.

Voici un exemple de ces tumeurs pédiculées; il est emprunte au livre de Madame Boivin et Dugès.

Obs. 1re. « *Tumeur pédiculée du côté de la surface péritonéale de l'utérus.* Madame Vaut, âgée de cinquante-cinq ans, fut apportée à la maison de santé au huitième jour d'une péripneumonie à laquelle elle a succombé le dixième.

» *Autopsie.* Épanchement de sérosité dans le thorax, adhérences de la plèvre, hépatisation des poumons.

» L'utérus avait le double du volume ordinaire à l'âge de cette femme. Trois tumeurs égales à de grosses cerises occupaient la face postérieure et supérieure de l'utérus. Deux étaient accolées l'une à l'autre, et adhérentes par une base large à la substance même de l'organe. Elles étaient recouvertes par la tunique sous-péritonéale de la matrice.

» L'autre, qui occupait la courbure du fond, avait un pédicule ou col très-étroit d'environ une à deux lignes de longueur, Celle-ci ne me parut couverte que par le péritoine injecté de nombreux vaisseaux sanguins.

» Le tissu de la matrice était extrêmement mou, d'un rouge foncé ainsi que les trompes, les ligaments des ovaires et les cordons sus-pubiens. Les veines des ligaments larges étaient très-développées. Le col participait à l'état de mollesse du corps de l'utérus. La lèvre antérieure du museau de tanche était beaucoup plus longue et plus épaisse que l'autre. Dans la cavité du col se trouvaient trois petites tumeurs pédiculées chacune de la grosseur d'un petit pois, et contenant une humeur albumineuse. » (Madame Boivin et Dugès, tome I, page 330.)

« Les corps fibreux qui sont situés entre le tissu fibreux de la matrice et la surface intérieure, sont ou simplement protubérants dans la cavité utérine, ou tout à fait pédiculés. Dans l'un et l'autre cas, ils agrandissent la cavité de la matrice; ils sont désignés sous le nom de polypes sarcomateux, ou de polypes fibreux. Ils sont recouverts par une membrane fine très-adhérente, formée aux dépens de la substance désignée par Bichat sous le nom de membrane muqueuse de la matrice. » (*Dict. des sciences médic.*, art. *Corps fibreux.*)

Il sera surtout question de ces derniers corps dans le chapitre relatif aux polypes.

Volume. Le volume de ces corps varie extrêmement : il en est comme des lentilles ou des pois; d'autres égalent une noisette, un marron, un œuf de poule; enfin, il en est qui sont plus gros que le poing; quelques-uns acquièrent un volume énorme; Bayle en a vu plusieurs qui étaient plus gros que la tête d'un adulte; M. G. de Claubry en a observé une qui pesait trente-neuf livres.

Structure. La structure n'est pas complétement identique dans tous les corps fibreux qu'on observe, et cela même sur le même sujet. Selon Bayle et M. Roux, ces différences de structure ne doivent être considérées que comme étant dues à des périodes différentes de révolution de ces corps qui passeraient par trois états différents que nous allons faire connaître d'après Bayle.

1° *État charnu.* Les corps fibreux sont d'abord charnus et d'une couleur d'autant plus pâle qu'ils ont plus de densité. Lorsqu'ils sont mous comme de la chair

musculaire, ils ont une couleur rouge ; quand ils sont plus fermes, leur couleur est blanche ou grise, ou légèrement jaunâtre. Ces corps étant isolés, on aperçoit souvent des bosselures à leur surface; quand ils ont acquis un certain volume, ils sont presque toujours divisés en plusieurs lobes par des scissures plus ou moins profondes. Lorsqu'on les incise, on voit qu'ils sont formés à leur intérieur par des fibres distinctes disposées en faisceaux, contournées en toutes sortes de sens et entremêlées dans divers points d'une manière inextricable. Les faisceaux ou cordons fibreux sont rouges, rougeâtres, jaunâtres, gris ou blanchâtres, entrelacés dans toutes sortes de sens. Les corps fibreux ne présentent presque jamais à leur intérieur un tissu parfaitement uniforme, comme on le croirait au premier coup d'œil; on y aperçoit un grand nombre de points lenticulaires ou pisiformes, plus denses que le tissu environnant, et formés tantôt par l'entrelacement de plusieurs faisceaux fibreux, tantôt par l'union d'un très-grand nombre de fibres convergentes, qui paraissent en quelque sorte roulées autour d'un centre commun. Les points les plus denses de la tumeur, de même que les faisceaux fibreux, n'offrent encore à cette époque aucune trace de l'état cartilagineux. On aperçoit entre les fibres diversement entrelacées un tissu cellulaire plus ou moins abondant, mais très-serré; on y voit souvent aussi des vaisseaux sanguins très-distincts. Quelquefois, à cette époque, les cordons fibreux sont encore rouges et comme musculeux; d'autres fois on voit, dans le même corps fibreux, des parties encore rouges qui sont assez molles, d'autres parties déjà blanchâtres ou grises qui sont beaucoup plus fermes.

2° *État fibro-cartilagineux.* Quand les corps fibreux passent à l'état fibro-cartilagineux, ce sont les points les plus denses qui subissent les premiers cette transformation. Insensiblement le tissu devient fibro-cartilagineux; on n'y distingue plus alors de tissu cellulaire, on n'y aperçoit que très-difficilement de petits vaisseaux sanguins qui sont d'une extrême ténuité; mais les points qui, primitivement, étaient plus denses, n'en restent pas moins très-distincts, et les fibres qui constituent le tissu du corps fibreux sont encore très-visibles ;

3° *Etat osseux.* Quand les corps fibreux passent à l'état osseux, l'ossification commence par les points plus denses dont nous avons parlé, et il se forme d'abord une foule d'ossifications partielles; insensiblement, toute la masse fibreuse s'ossifie et devient alors très-dure et très-pesante, mais toujours on peut y reconnaître encore la structure fibreuse.

On trouve quelquefois, dans la même matrice, des corps fibreux dans les trois états que nous venons d'indiquer; il en est souvent qui sont encore charnus dans certains points et déjà ossifiés dans d'autres. En général, ceux de ces corps qui sont les plus petits passent le plus tôt à l'état osseux; les plus volumineux sont le plus longtemps charnus, et c'est à la mollesse qu'ils conservent que paraît tenir l'énorme accroissement de volume qu'ils acquièrent quelquefois.

Voici comment M. Roux comprend et décrit la structure de ces corps dans le remarquable travail inséré dans ses *Mélanges de Chirurgie.*

« D'abord, toutes ces tumeurs dont le volume varie à l'infini depuis celui d'une noisette jusqu'à celui de deux poings réunis, se montrent le plus communément formées d'un tissu ferme, résistant, mais non encore ossifié. Dans le plus grand nombre, on remarque à l'extérieur des bosselures peu saillantes, faux indice d'une division de leur substance en plusieurs lobes. En effet, il n'existe à l'intérieur aucune trace de ce partage; leur tissu est partout continu. Lorsqu'on le coupe, il ne cède qu'avec difficulté sous l'instrument, et se distingue par une couleur légèrement jaunâtre. La trame, très-serrée, paraît composée de lames entrelacées en tous sens, formant ainsi une sorte de corps spongieux dans les aréoles duquel se trouve une substance molle inconnue dans sa nature, mais qui diminue à peine la résistance de ce tissu, et semble lui donner seulement un peu de souplesse.

» Une légère teinte rougeâtre unie à celle jaunâtre dont je faisais mention à l'instant indiquerait déjà l'existence de

vaisseaux sanguins, que le développement, mais que la dissection ne démontre pas, et qui, s'ils existent, comme on n'en peut douter, sont extrêmement fins et déliés. Cependant Levret dit avoir vu une fois au centre d'un polype volumineux enlevé par la ligature, une artère d'un diamètre assez considérable.

» On pense bien que l'extrême ténuité des nerfs de la matrice ne permettrait pas de les suivre dans ces tumeurs, en supposant qu'ils s'y propageassent ; je dis en supposant qu'ils s'y propageassent, car on sait que, bien différents sous ce rapport des vaisseaux qui se développent, étendent leurs ramifications au milieu des substances organisées nouvelles qui peuvent se former dans nos organes, les nerfs ne s'y rencontrent jamais.

» Levret, dont je parlais à l'instant, a comparé avec assez de vérité la substance des polypes utérins dont il a pu faire l'inspection après les avoir enlevés, à de la tétine de vache cuite. Si nous cherchons à la rapprocher de quelque organe connu de notre économie, c'est avec les substances intervertébrales, et surtout avec celles des vieillards, que la comparaison est moins choquante. En effet, même degré de résistance, couleur à peu de chose près uniforme. Je suis cependant loin d'admettre une identité parfaite d'organisation entre ces deux classes de corps. Dans les substances intervertébrales, en effet, les lames fibreuses sont régulièrement disposées et d'une manière concentrique; dans les corps fibreux de la matrice, au contraire, ce sont des fibres plus ou moins déliées, entre-croisées de mille manières, et dont il est impossible de saisir la direction. Le tissu de ces derniers est le même dans tous ces points ; celui des substances intervertébrales, au contraire, perd insensiblement le caractère fibreux à mesure qu'on l'examine plus près du centre. Enfin l'application des principaux agents chimiques à ces deux tissus, dissipe par les résultats qu'on en obtient, l'idée de similitude à laquelle pourrait conduire un examen superficiel. En effet tandis que plongés dans de l'acide nitrique ou sulfurique un peu concentré, les fibro-cartilages des vertèbres se raccornissent et deviennent plus denses, la substance des polypes s'y dissout complétement et d'une manière plus prompte qu'on ne le présumerait.

» Mais tout ce qui vient d'être dit de l'organisation des tumeurs fibreuses de la matrice n'est rigoureusement vrai que de celles qui sont encore à leur premier état, car ces tumeurs sont susceptibles d'une transformation qui leur fait perdre une partie de leurs attributs primitifs. Toutes n'éprouvent pas indifféremment ce changement, bien qu'elles y aient toutes vraisemblablement dès leur origine la même disposition cachée ; du moins est-il vrai qu'on trouve souvent de ces tumeurs dont le volume considérable semble indiquer l'existence ancienne, et qui ne sont qu'à l'état fibreux sous lequel nous les avons d'abord fait connaître, tandis que d'autres très-petites, et sans doute récemment développées, ont déjà éprouvé la transformation dont il s'agit; c'est-à-dire ont déjà passé à l'état osseux; car tel est le second aspect sous lequel se présente assez souvent l'altération organique de la matrice qui est en ce moment le sujet de nos réflexions. Ce changement d'état, cette sorte de métamorphose, offre quelques particularités assez dignes de remarque. D'abord l'état cartilagineux ne le précède point ; le phosphate de chaux qui en est la cause matérielle est immédiatement déposé dans les mailles de la substance fibreuse ; c'est sans doute à cause de cela que les tumeurs de la matrice, ainsi transformées, ont ordinairement une compacité plus grande que celle des os ; la scie ne les attaque que très-difficilement. Celles de ces tumeurs qui proéminent à l'intérieur de l'utérus paraissent moins susceptibles que les autres de cette transformation ; du moins ne l'y observe-t-on pas aussi souvent ; mais précisément parce qu'elles ne tiennent que par un pédicule plus ou moins étroit, elles peuvent se détacher et se détachent en effet quelquefois du point auquel elles étaient fixées, par suite de l'espèce de dépérissement ou de mort lente qui accompagne leur passage à l'état osseux ou pierreux; semblables alors aux dents, aux poils, aux cheveux, qui tombent à mesure que la vie y devient plus languissante. J'observerai en passant que quelques autres altérations organi-

ques présentent un phénomène analogue. Les concrétions cartilagineuses ou osseuses qu'on trouve le plus communément libres dans les articulations, existent d'abord sous l'état de tumeurs molles, adhérentes à un point des surfaces articulaires, et ne se détachent qu'après avoir éprouvé la transformation osseuse ou simplement cartilagineuse. Je pense même que, véritables corps organisés, on ne peut nullement les comparer aux calculs qui se forment dans les divers appareils sécréteurs, et qu'elles ne sont plus suceptibles d'augmenter de volume dès qu'elles ont perdu leur adhérence. Mais pour revenir aux polypes utérins pétrifiés, on conçoit qu'une fois libres dans la matrice, et dégagés de toute adhérence à la surface interne des parois de cet organe, ils peuvent être expulsés spontanément ou extraits par divers procédés opératoires. Ce que je dis ici n'est point une simple supposition : l'une et l'autre chose ont lieu. Il suffit pour s'en convaincre de lire un mémoire de Louis sur les concrétions calculeuses de la matrice, consigné parmi ceux de l'Académie de Chirurgie. Tous les faits rassemblés dans ce mémoire présentent, à n'en pas douter, des cas de tumeurs polypeuses de la matrice passées à l'état osseux ; et je pense que tout ce qu'on sait, tout ce qui a été dit sur les prétendus calculs utérins, doit être rapporté à ces tumeurs ainsi dégénérées, et dont l'espèce de pétrification n'a absolument aucun rapport avec la formation des calculs dans diverses parties du corps. Je trouve même surprenant qu'on ait été si longtemps dans l'erreur à cet égard, et qu'on ait ainsi méconnu le vrai caractère de ce genre d'altération organique de la matrice.» (Roux, *Mélanges de chirurgie et de physiologie*, 1re partie, p. 109.)

Causes des Corps fibreux. Selon Bayle il ne se développe peut-être jamais de corps fibreux dans la matrice avant l'âge de trente ans. Il n'en a jamais vu chez des femmes plus jeunes, et la plupart de celles chez lesquelles il en a trouvé après leur mort, étaient âgées de plus de cinquante ans. Bayle considère le célibat comme pouvant favoriser le développement de ces corps parasites ; car il en a trouvé de plus ou moins volumineux chez presque toutes les femmes âgées de plus de quarante ans qui ont conservé les signes physiques de la virginité. Plusieurs de celles dans la matrice desquelles Bayle a trouvé de petits corps fibreux, avaient la membrane hymen tellement intacte qu'elle permettait à peine l'introduction du petit doigt.

Après viennent les femmes peu fertiles, ou tout à fait stériles ; ainsi celles qui mariées n'ont pas eu d'enfants, et celles qui n'en ont eu qu'un ou deux, sont plus exposées à avoir des corps fibreux de la matrice, que celles qui en ont eu un plus grand nombre. Il paraîtrait donc, d'après les recherches de Bayle, que la matrice est plus disposée à la production des corps fibreux, lorsqu'elle n'est point modifiée par la grossesse, que lorsqu'elle est, à diverses reprises, distendue par le produit de la conception.

« On se tromperait cependant, dit Bayle, si on croyait que les grossesses répétées garantissent les femmes du développement de ces productions parasites. Nous avons vu le contraire un certain nombre de fois. En général, on peut avancer que la matrice est extrêmement disposée à donner naissance à des corps fibreux ; car en faisant l'ouverture du cadavre de cent femmes prises indistinctement et âgées de plus de trente-cinq ans, il en est au moins vingt chez lesquelles on trouve un ou plusieurs de ces corps accidentels. Mais comme la plupart d'entre eux restent très-petits, et qu'ils sont enfoncés dans le tissu charnu des parois de la matrice, ou saillants à la surface péritonéale, ils ne déterminent aucun accident ; on ne reconnaît leur existence qu'après la mort, et en examinant avec soin l'état de la matrice. » (*Dict. des Scienc. méd.*, *art. cit.*)

Symptômes des corps fibreux. Ces symptômes varient selon le siége du corps fibreux. On leur a assigné trois siéges principaux. Nous avons déjà fait l'anatomie de ces tumeurs sous ce triple rapport. Pour la symptomatologie nous ne considérerons les corps fibreux que dans l'épaisseur du tissu utérin et faisant saillie du côté de la cavité abdominale. Ceux qui font saillie vers la cavité utérine et qui sont pédiculés, seront étudiés symptomatologiquement quand il sera ques-

tion des polypes. Ce sera donc dans l'article qui va suivre, que nous aurons à les examiner.

1° Selon Boyer les corps fibreux enveloppés par le tissu même de la matrice, ceux que M. Amussat appelle tumeurs interstitielles, sont quelquefois apparents du côté du museau de tanche, et occupent presque toujours le corps même de la matrice ou l'épaisseur de son col. Dans le premier cas, par le toucher on parvient facilement à les reconnaître, même quand ils ont un très-petit volume. Quand au contraire c'est dans l'épaisseur du corps même de l'utérus que siégent les tumeurs fibreuses, il leur faut un certain volume pour donner lieu aux symptômes qui dénotent une affection utérine, et pour qu'on puisse obtenir quelques éléments d'un peu de valeur pour le diagnostic. D'ailleurs voici une observation empruntée à Bayle (*Dict. des Sc. méd.*, p. 80), laquelle est donnée par lui comme la meilleure description des symptômes caractérisant le plus exactement les corps fibreux qui occupent le siége que nous avons à examiner maintenant.

Obs. 2. « Madame B***, âgée de trente-cinq ans, mariée depuis deux ans, et d'une forte constitution, s'aperçut, en 1797, que son ventre grossissait; ses règles continuaient à revenir périodiquement, mais elles étaient plus abondantes les premiers jours et au moment où elles auraient dû cesser, elles continuaient à paraître par instants, de sorte qu'il y avait encore, durant sept à huit jours, un écoulement séreux sanguinolent. Depuis que le ventre avait commencé à augmenter de volume, un poids incommode se faisait sentir dans le bassin, et il y avait une sorte de gêne et de malaise indéfinissable dans la région lombaire et dans les cuisses. Comme cet état se prolongait, Madame B*** consulta l'accoucheur d'une de ses sœurs, qui l'examina, et trouva que la matrice formait une tumeur qui remontait dans l'hypogastre à quatre travers de doigt au-dessus du pubis; que le col de la matrice était raccourci du côté du bassin, et que son orifice était rétréci. Il jugea qu'il y avait une grossesse, 1° parce que la sœur de la malade avait eu à diverses reprises une menstruation irrégulière et prolongée durant les cinq à six premiers mois de la grossesse; 2° parce que les seins étaient plus gonflés que dans l'état naturel; 3° parce que la malade avait eu quelques envies de vomir, et qu'elle était plus grasse, plus fraîche, plus rouge, qu'avant que le ventre eût ainsi augmenté de volume. Cependant plusieurs mois se passèrent, et l'espoir d'une grossesse se dissipa. Après plus de dix-huit mois, il n'était survenu que quelques changements peu satisfaisants : la tumeur remontait alors jusqu'au nombril; les règles étaient très-rapprochées et très-abondantes; les douleurs hypogastriques étaient très-fréquentes, de même que les envies d'uriner; la malade avait beaucoup maigri.

» De la trente-septième à la trente-neuvième année, les mêmes apparences persistèrent plus ou moins; le teint était devenu pâle, la face bouffie, et la malade était obligée de garder la chambre, et même la chaise longue; la tumeur remontait au-dessus du nombril. Bientôt elle cessa de s'accroître; la menstruation devint moins abondante et plus régulière; le teint reprit une couleur vermeille; et à l'âge de quarante ans, cette dame paraissait revenue tout à fait à l'état de santé; elle pouvait marcher et faire d'assez longues promenades; elle n'éprouvait plus d'autre incommodité que celles qui tenaient au volume du ventre, et en outre quelques tiraillemens de loin en loin dans l'abdomen, dans les reins, et dans les cuisses. A quarante-cinq ans, les règles reparurent après un voyage de vingt lieues dans une voiture rude. C'est alors que je vis la malade pour la première fois : je l'examinai avec soin; voici quel était son état : La matrice remontait à trois travers de doigt au-dessus du nombril; le ventre était aussi volumineux que celui d'une femme grosse de huit mois; le col de la matrice était effacé. En examinant l'état de la tumeur, je vis qu'elle présentait toutes les apparences que j'ai précédemment indiquées; le repos suffit pour remédier à la légère ménorrhagie qui était survenue. Cette femme vécut encore trois ans, et succomba à une péripneumonie dans le mois de février 1812, étant âgée de cinquante ans. A l'ouverture du cadavre, je trouvai l'abdomen rempli

presque en entier par la matrice. Les trompes étaient un peu plus volumineuses que dans l'état naturel; l'ovaire gauche, plus gros qu'une noix, était dégénéré en une réunion de petits kystes semblables à des hydatides. Il y avait à la surface de la matrice deux corps fibreux pédiculés, gros comme des noisettes, l'un charnu, l'autre ossifié. La tumeur était formée par une substance fibreuse, qui formait une masse arrondie, lobée, plus grosse que la tête d'un homme, et située dans la paroi postérieure de la matrice, et elle était comme enkystée dans le tissu propre de ce viscère, qui tout autour semblait être transformé en un kyste lisse, qui n'adhérait à la tumeur que par un tissu cellulaire très-lâche. Le tissu de la tumeur était rouge et charnu dans plusieurs endroits; il n'était encore ossifié dans aucun point. Il y avait dans la paroi antérieure du col de la matrice, près de l'orifice utérin, deux corps fibreux, l'un gros comme une noix, l'autre comme une noisette; blancs l'un et l'autre : le plus petit était ossifié, l'autre était moins charnu. La cavité de la matrice était très-élargie; elle n'était reconnaissable que parce que les trompes utérines et l'orifice utérin s'y ouvraient; car d'ailleurs elle ne ressemblait en aucune manière à la cavité d'une matrice saine, et sa paroi antérieure était extrêmement mince. »

2° Les corps fibreux qui sont plus voisins de la surface péritonéale de la matrice, ceux qui ayant cette position ont aussi un pédicule; ces tumeurs fibreuses sont très-longtemps ignorées, surtout quand elles ont un petit volume. Quand, au contraire, les tumeurs ont un volume considérable, elles peuvent être reconnues par la palpation hypogastrique et la percussion, telles que nous les avons décrites, avant de commencer l'histoire des maladies de l'utérus. Pour peu qu'elles approchent du volume du poing, ces tumeurs peuvent être reconnues par ces moyens de diagnostic. Ces tumeurs ordinairement situées à la région hypogastrique sont aussi rencontrées dans l'une ou l'autre région iliaque. Elles sont plus ou moins saillantes vers l'abdomen. Quelquefois cependant, elles plongent dans le petit bassin, et il faut ajouter à la palpation hypogastrique, l'action d'un doigt introduit dans le vagin qui pressant le col de l'utérus de bas en haut, soulève la matrice et la porte vers la région hypogastrique avec les tumeurs qui y sont implantées.

Les explorations par l'hypogastre deviennent alors plus faciles, plus fructueuses. La pression ne cause ordinairement aucune douleur, si elle est habilement dirigée. Si réellement les tumeurs sont pédiculées, elles sont mobilisées par cette manœuvre. C'est ainsi que de la région hypogastrique les tumeurs sont portées, plus ou moins, vers l'une ou l'autre des fosses iliaques. Quand on les rencontre d'abord dans une de ces régions, elles peuvent être confondues avec des maladies des ovaires, il faudra donc prendre connaissance de ce que nous dirons plus tard sur ces dernières maladies.

Pronostic des Corps fibreux. Si on compare les corps fibreux aux autres tumeurs de la matrice, on peut avancer que leur pronostic n'est pas grave. Ceci doit surtout s'entendre des accidents auxquels ils peuvent donner lieu par la nature de la maladie elle-même. Mais comme corps étrangers, comme tumeurs, ils peuvent causer de graves accidents, amener même la mort. Le pronostic se lie alors à des circonstances que nous allons faire connaître. Voici d'ailleurs, sur ce point, l'opinion de Bayle, laquelle est conforme à la nôtre :

« Les corps fibreux de la matrice ne deviennent point dangereux par eux-mêmes; mais ils peuvent le devenir, lorsqu'à raison de leur siége ou de leur volume, ils dérangent les règles, excitent des flux utérins, s'opposent à l'accouchement, compriment trop fortement la vessie ou le rectum, etc. Dans tous ces cas, ils peuvent entraîner des accidents graves, qui jettent les femmes dans un état valétudinaire, ou les conduisent même quelquefois à la mort. Quant aux corps fibreux qui n'entraînent d'autres accidents que ceux qui dépendent de la nature de la tumeur, on peut les regarder comme incapables de donner des inquiétudes fondées; car on verra bientôt que ceux de ces corps qui sont d'un volume considérable et en même temps pédiculés à la surface péritonéale de la matrice, n'occasionnent que des indispositions peu graves et diverses souffrances passagères

assez supportables, qui ne se reproduisent plus dès que la tumeur cesse d'augmenter de volume.

» Quand les corps fibreux de la matrice sont très-petits et en même temps situés à la surface péritonéale de ce viscère, ou enfoncés dans ses parois, nous avons dit qu'ils ne déterminent aucun accident et que rien ne peut déceler leur existence pendant la vie. Dans ce cas, l'affection dont nous parlons rentre complétement dans le domaine de l'anatomie pathologique.

» Mais il n'en est pas de même lorsque ces corps sont volumineux, ou lorsqu'ils sont saillants dans la cavité de la matrice; car dans ces deux circonstances ils déterminent des accidents très prononcés qui ne permettent plus de considérer ces corps accidentels comme de simples lésions organiques, et qui, en donnant l'éveil à la malade et au médecin, conduisent à examiner les signes de la maladie, et à rechercher les moyens capables de remédier à ces désordres qui sont survenus dans l'état de santé. » (*Dict. des sciences méd.*, p. 75.)

Le pronostic serait aggravé par les complications de ces tumeurs qui peuvent coïncider avec toutes les autres maladies de la matrice, mais qui heureusement marchent très-rarement avec les dégénérescences malignes de cet organe. Un point que les accoucheurs doivent étudier avec soin, c'est ce qui se rapporte à la coïncidence de ces tumeurs avec la grossesse.

Coïncidence de la grossesse avec les corps fibreux de la matrice. Voici plusieurs exemples de grossesse coïncidant avec des tumeurs fibreuses de l'utérus; nous les empruntons au livre de madame Boivin. On remarquera qu'il n'y a qu'une observation qui contienne l'autopsie. Il faut donc, dans les autres cas, avoir une grande confiance au diagnostic de madame Boivin pour admettre l'existence seule des tumeurs fibreuses.

Obs. 3. « Marie, fille de service à la maison de santé, âgée de quarante et un ans, accouchée heureusement de plusieurs enfants, a remarqué, depuis six ans, un dérangement dans les retours de la menstruation; deux, trois mois se passent quelquefois sans que les règles se montrent; le ventre a aussi grossi graduellement, mais il n'en résulte aucune incommodité qu'une légère pesanteur vers les pubis et un engourdissement dans la cuisse et la jambe gauches.

» Le développement considérable du ventre, coïncidant avec la conservation de l'embonpoint, de l'appétit, avait fait croire d'abord à l'existence d'une grossesse dont le terme présumé fut bientôt dépassé sans aucun résultat pareil à celui qu'on devait attendre. Retenue au lit par les suites d'une contusion à la jambe, je voulus l'examiner avec attention, mais elle refusa de se soumettre au toucher; son ventre avait depuis peu doublé de volume, et ce nouvel accroissement me faisait soupçonner alors une véritable grossesse ajoutée à une maladie plus ancienne. En effet, quelques mois plus tard, elle fut prise de douleurs utérines, et mit au monde, sans aucun secours, un enfant vivant; une heure après, le placenta sortit également seul. A la suite de cette évacuation, on put reconnaître distinctement deux tumeurs, dont l'une dure, ronde et grosse comme la tête d'un homme adulte, occupait le détroit abdominal du bassin et la région iliaque gauche; l'autre, plus aplatie, plus simple, formée par la matrice, était intimement unie à la précédente et occupait la fosse iliaque droite. Les lochies ont été peu abondantes, mais aucun accident n'est survenu, et l'enfant de son côté n'est mort que deux ans après. »

Obs. 4. « Madame Joséphine U..., âgée de vingt-neuf ans, lymphatique et débile, mère de plusieurs enfans, est prise d'une hémorrhagie utérine dans le cours du septième mois de sa grossesse; on attribue cet accident à l'insertion du placenta sur l'orifice cervico-utérin; on tamponne le vagin, le travail marche, et dès que le col est suffisamment effacé et ouvert, on opère la version du fœtus; le placenta sort spontanément, mais une faiblesse extrême se déclare, et l'on apporte la malade à la maison de santé où elle succombe le onzième jour de sa couche. Cette faiblesse mortelle ne peut être attribuée qu'à l'hémorrhagie antécédente à la parturition, car l'écoulement du sang et des lochies fut presque nul après la délivrance.

» *Autopsie :* un demi-litre de sérosité roussâtre dans le thorax; adhérence du poumon droit avec la plèvre costale, cœur pâle, mou, vide de sang.

» Sur le côté droit de l'utérus, s'élève une tumeur d'environ trois pouces et demi en diamètre, d'un tissu ferme, d'un blanc bleuâtre et du poids de douze onces et demie; elle fait corps avec l'utérus. A l'intérieur de ce viscère on découvre les traces de l'insertion du placenta. C'est la paroi antérieure du corps et non l'orifice interne qu'elles occupent.»

Obs. 5.« Madame G.... garde-malade, âgée de trente-six ans, lymphatique, mais réglée de bonne heure (à treize ans), vit sa menstruation devenir irrégulière dès l'époque de son mariage (dix-huit ans). Sa santé n'en souffrit point d'abord, et plusieurs fois elle se crut enceinte. Au bout de sept à huit mois elle s'aperçut d'une intumescence notable de l'abdomen, sur laquelle les gens de l'art furent consultés et portèrent des jugements fort divers. Après quinze ans de mariage, suppression totale des menstrues, le ventre croît rapidement, les mamelles se tuméfient, et Madame G.... accouche au terme normal et avec facilité, d'une fille vivante. On distingue alors une tumeur de la grosseur de la tête d'un fœtus à terme, attachée à la région antérieure et gauche de l'utérus. Cette tumeur devint bientôt saillante, à mesure que la matrice se réduisit aux dimensions qu'elle avait précédemment, à l'état de vacuité. L'enfant est mort à l'âge de six mois; un autre du même sexe lui a succédé peu après; il avait dix-huit mois lorsque nous vîmes Madame G.... elle était alors douée d'un assez grand embonpoint, et son ventre développé comme il le serait à six mois de grossesse, ne la gênait que fort peu; mais ces deux grossesses successives semblaient avoir donné plus d'activité nutritive à la tumeur dont le volume faisait des progrès rapides. »

Traitement des Corps fibreux. Comme nous l'avons déjà dit, les tumeurs fibreuses n'exposent pas la femme qui les porte aux dangers des autres tumeurs de la matrice. La dégénérescence fibreuse n'est pas de mauvaise nature, elle ne forme pas *des tumeurs malignes* comme les diverses variétés du squirrhe et certains polypes. Si les tumeurs fibreuses causent des accidents, c'est par leur action mécanique, c'est, en général, en interrompant les fonctions des organes qui environnent la matrice. Cependant un de nous a été témoin d'une péritonite promptement mortelle que l'autopsie a pu faire considérer comme dépendant d'une tumeur fibreuse dont l'élimination s'était effectuée du côté du péritoine. C'était une espèce de polype dont la marche a été excentrique; il s'est détaché du côté du péritoine au lieu de se détacher du côté de la matrice. De ce côté c'eût été un bienfait de la nature, tandis que l'élimination du côté de la séreuse est un accident qui doit être presque toujours mortel. Mais de pareils faits sont très-exceptionnels; c'est aussi par exception que les tumeurs fibreuses causent, par leur présence, par leur action mécanique, des désordres incompatibles avec la vie. Dans le plus grand nombre des cas l'économie s'habitue à ces productions et la femme vit très-longtemps avec elles. Ce qui prouve ce que nous avançons ici, c'est le très-grand nombre de cadavres de vieilles femmes sur lesquels on observe des tumeurs fibreuses de l'utérus; et l'autopsie fait constater que ces femmes sont mortes d'une tout autre lésion que d'une lésion de l'utérus Ainsi le pronostic, comme nous l'avons déjà dit, en général n'est pas fâcheux. C'est cette espèce de bénignité du pronostic qui a éloigné de tous les temps les chirurgiens de l'opération qui consisterait à extirper ces tumeurs parce que les dangers de cette opération ne sont pas en rapport avec ceux que peut causer la maladie. Or on sait qu'en bonne médecine opératoire, il faut toujours comparer avec le plus grand soin les dangers de l'opération avec ceux de la maladie, avant de prendre une grande détermination. Ce sont ces considérations qui avaient éloigné presque tous les chirurgiens de l'idée d'appliquer une opération aux traitements des corps fibreux, et on était convenu de s'en tenir aux moyens simplement palliatifs. Ainsi Bayle dit dans l'article que nous avons cité : « Lorsque le corps fibreux n'est point pédiculé, qu'il est seulement saillant dans la cavité utérine, le toucher ne fait quelquefois

apercevoir aucune altération notable du corps de la matrice, ou bien il n'y fait découvrir qu'une sorte d'aplatissement. Dans ces cas, on ne peut reconnaître avec certitude l'existence d'un corps fibreux qu'après la mort; et lors même qu'on l'aurait reconnue pendant la vie, on n'aurait pas pu sauver la malade parce que ce corps ne pouvait pas être enlevé. » (*Dictionnaire des sciences médicales*, t. VII, p. 75.)

Boyer est du même avis et s'exprime ainsi : « Soit que la tumeur occupe l'épaisseur des parois de la matrice, soit qu'elle se trouve immédiatement sous la tunique péritonéale, les moyens à employer sont purement palliatifs. » (*Traité des maladies chirurgicales*, etc., 1re édition, t. X, p. 547.)

Dupuytren entrevoit la possibilité d'une opération sans oser la conseiller : « Les tumeurs de cette espèce sont très-communes et presque toutes inopérables, car on n'aurait d'autre parti possible à prendre que de fendre la matrice pour les énucléer. » (*Leçons orales de clinique chirurgicale*, par Dupuytren, rédigées par MM. Brierre de Boismont et Marx, t. IV, deuxième édition, p. 281 et 282.)

Dans l'article si important de M. Roux, dans lequel nous avons largement puisé pour l'anatomie pathologique il est dit : « Les tumeurs fibreuses renfermées dans les parois de l'utérus sont complétement inaccessibles à nos moyens ordinaires; elles entraînent toujours la perte du sujet » (*Mélanges de chirurgie*, etc., 1809, p. 122). Ceci est un pessimisme qui est démenti par les faits.

Selon M. Gerdy : « Les maladies qui peuvent en imposer pour un polype sont : 1° une tumeur fibreuse, osseuse ou pierreuse, non pédiculée de l'utérus, saillante dans sa cavité ou un môle; mais alors comme on ne pourra point y reconnaître de pédicule il n'y aura rien à faire et il n'en résultera aucun danger pour la malade » (*Thèse de concours*, *des polypes et de leur traitement*, 1835, p. 166). On voit que M. Gerdy, qui est de la même opinion que M. Roux pour la médecine opératoire applicable à ces tumeurs, est cependant de l'avis de presque tous les auteurs qui pensent, contrairement à M. Roux, qu'en général les tumeurs fibreuses interstitielles ne sont pas dangereuses.

M. Velpeau est allé plus loin que Dupuytren; il indique formellement un procédé d'extirpation des tumeurs fibreuses encore enveloppées par le tissu de la matrice. Voici d'ailleurs le passage de ce professeur qui se rattache le plus à l'extirpation des tumeurs fibreuses de l'utérus : « Quoique le polype (fibreux) ne soit pas complétement pédiculé, pourvu qu'on incise un peu au-dessus du plus grand diamètre du polype et qu'on puisse donner à l'incision une certaine étendue, diviser toute la couche de tissu naturel qui enveloppe la production morbide, il n'en faut pas davantage pour que, avec les doigts, le manche de l'instrument ou de simples tractions, on parvienne à le détacher, comme on sépare un noyau de fruit des parties qui l'enveloppent. Les lambeaux suite d'une pareille énucléation ou se rétractent et se cicatrisent en revenant sur eux-mêmes, ou sont en partie détruits par la suppuration. » (*Nouveaux éléments de médecine opératoire.*)

Voici un autre passage du livre de M. Velpeau et une observation qui se rapportent à l'opération que nous allons décrire.

En effet, M. Velpeau, en décrivant les polypes utérins, dit : « Il est pourtant des cas où la tumeur est tellement disposée, que rien ne semble pouvoir l'abaisser. Une femme âgée de trente-six ans, fut envoyée dans mon service à l'hôpital Saint-Antoine par M. Kapeler; sa tumeur remplissait la presque totalité du bassin, et formait un relief considérable au-dessus du détroit. Nous convînmes, M. Marjolin, M. Kapeler et moi, que l'extirpation en serait tentée par les voies naturelles. Je la saisis trois fois avec un forceps ordinaire, et trois fois mes efforts furent insuffisants pour la faire descendre; craignant alors d'augmenter inutilement ses souffrances, je crus devoir abandonner la malade aux suites naturelles de son affection; elle succomba au bout de quelques mois. A l'autopsie, nous trouvâmes un corps fibreux dépourvu de pédicule, en grande partie tombé en putrilage,

ayant sa source dans la paroi gauche du col, dont il fut d'ailleurs facile de le séparer après en avoir incisé la couche de tissu naturel. Une autre tumeur grosse comme les deux poings seulement, adossée par un de ses côtés avec la précédente, occupait la partie droite de l'utérus et se trouvait également enveloppée par une couche mince de cet organe. Ces deux masses, dont la base était presque aussi large que leur plus grand diamètre et qui offraient plus de volume au-dessus qu'au dessous du détroit, ne pouvaient pas être assez solidement saisies par le forceps, pour qu'il fût permis de les abaisser et de les enlever; mais la dissection nous donna la certitude que malgré l'étendue apparente de leurs adhérences, l'excision par énucléation en eût été possible, si par un moyen quelconque, on avait pu les faire descendre au détroit inférieur, ou porter le bistouri sur quelque point de leur circonférence.

» Si la tumeur est encore renfermée en entier dans la matrice, si on a pu se convaincre qu'elle est seule, qu'il n'en existe pas d'autres dans l'épaisseur de l'organe, hors la portée des moyens chirurgicaux, il est assez souvent possible encore de l'atteindre ; accrocher le col de l'utérus avec plusieurs pinces de Museux, pour l'abaisser et mettre à même d'explorer, de saisir, d'enlever mieux le polype, est une mauvaise pratique qui ne mériterait pas d'être mentionnée s'il n'était pas venu à la pensée d'un chirurgien de Paris de la préférer à toute autre (1). Il est infiniment mieux alors d'imiter Bonnie, de dilater d'abord les parties avant de dégager le polype, ou même de pratiquer le débridement du col sur un où plusieurs points, comme Dupuytren l'a fait quelquefois. » (Velpeau, *Méd. opér.*, t. IV, 2e éd., p. 393.)

M. Amussat a régularisé et appliqué méthodiquement l'opération qui consiste à extirper les corps fibreux de l'utérus. C'est donc d'après ce chirurgien, que nous allons décrire cette opération, et ce qui suit sera emprunté au mémoire de cet auteur sur l'*anatomie pathologique des tumeurs fibreuses de l'utérus*.

Extirpation des tumeurs fibreuses et interstitielles de l'utérus. On doit préparer d'avance les objets que voici : trocart explorateur, bistouris ordinaires, un en rondache, des bistouris boutonnés, un dez tranchant, de grands ciseaux droits et courbes, trois ou quatre pinces de Museux très-fortes, et une autre pince de Museux articulée en forceps.

»On place la malade comme pour la taille périnéale sur le bord d'une table ou d'une commode; les membres inférieurs seront maintenus par deux aides, les grandes lèvres écartées par deux autres aides. Le doigt indicateur gauche du chirurgien est introduit dans le vagin, l'autre indicateur déprime la fourchette pour chercher à laisser voir la tumeur. Si la tumeur est encore recouverte par la coque, on l'incise crucialement avec un bistouri en rondache, garni de linge ; on décolle ensuite l'enveloppe autant que possible tout autour de la portion inférieure de la tumeur. Pour rendre plus facile ce temps, on débride avec soin et peu à peu et d'une manière multiple, l'enveloppe de la tumeur et le col de l'utérus ; on se sert pour cela, de ciseaux ou d'un bistouri boutonné.

Quand une partie de la tumeur est énucléée, on doit la saisir avec une forte pince de Museux et la tirer directement en bas, pendant qu'avec un doigt, on décolle et on repousse le bord ouvert de la coque. On débride encore s'il y a nécessité, on applique ensuite une pince de Museux au-dessus de la première, pour commencer à exécuter le mouvement de rotation de la tumeur, et faciliter ainsi l'énucléation. Au-dessus de cette deuxième pince, on en place une troisième, puis on détache la première pour la replacer au-dessus des autres et ainsi de suite, jusqu'à ce que ce mouvement de rotation ait été complétement exécuté. Comme M. Amussat tient beaucoup à cette manœuvre, nous allons la décrire tout à fait d'après lui. « Un doigt indicateur doit toujours être placé au pourtour de l'ouverture de la coque pour la repousser et s'assurer s'il est nécessaire de débrider encore. Comme on le conçoit, l'extraction de la tumeur s'opère en même temps que l'énucléation.

» Il est facile de comprendre les avantages du mouvement de rotation imprimé à une tumeur qui remplit exactement une

(1) M. Velpeau condamne ici, selon nous, cette pratique d'une manière beaucoup trop générale.

cavité et qui y adhère, en pensant à ce qui arrive lorsqu'on tire directement sur cette tumeur ; alors on agit sur toute la masse, la résistance siége à la fois sur toute la circonférence de l'ouverture, sur tous les points adhérents et sur les parois voisines. Quand, au contraire, on n'agit que sur un point, on a un grand avantage; on opère alors un mouvement analogue à celui qui se produit naturellement dans l'évolution de la tête du fœtus au passage, ou soumise à la traction bien faite avec le forceps. La rotation abrége en outre l'opération, et elle empêche le renversement de l'utérus.

» On peut opérer le mouvement de rotation dans quatre sens différents. Quel est le plus favorable ? Je crois que c'est l'antérieur; mais je crains que la vessie ne soit plus froissée en opérant ainsi. Je pense qu'on peut appliquer aussi avec beaucoup d'avantages ce principe de la traction par rotation à toutes les tumeurs autres que celles de l'utérus, mais dans des conditions analogues. » (*Mém. cité.*)

Suites de l'opération. Elles méritent une très-grande attention ; selon M. Amussat, on doit insister sur les irrigations continues dans le vagin et dans la cavité qui contenait la tumeur, afin d'arrêter l'hémorrhagie qui pourrait survenir, et d'empêcher la stagnation des liquides. Si les irrigations sont insuffisantes pour débarrasser les parties des caillots, de temps en temps on les broiera avec le doigt indicateur, et on fera des injections avec une grande seringue.

Les onctions mercurielles seraient, selon M. Amussat, très-efficaces, lorsqu'il survient des accidents de phlébite ; ce chirurgien dit avoir obtenu d'excellents résultats dans deux cas qui sont cités.

« Si la tumeur était trop grosse pour être extraite en entier par la vulve ; après avoir beaucoup réfléchi au meilleur parti à prendre pour l'extraire, après avoir pensé à la *débiter* ou à la *gruger* comme nous le faisions pour les calculs vésicaux dans le principe de la lithotripsie, je me suis arrêté à la division incomplète de la tumeur en deux moitiés égales. On conçoit qu'en tirant seulement sur des moitiés à mesure qu'on prolonge peu à peu l'angle de la division avec un bistouri, on doit arriver à extraire la tumeur en entier en la *dévidant* pour ainsi dire, et si on ne parvenait pas à attirer la deuxième moitié par la première, après avoir extrait la première moitié, il serait facile d'extraire l'autre.

» On peut voir au Musée Dupuytren deux énormes polypes fibreux qui ont été extraits en entier par MM. Deguise et Scoutteten. On conçoit en les examinant que ces chirurgiens distingués auraient beaucoup abrégé les difficultés de l'extraction, en leur imprimant un mouvement de rotation ou en divisant ces tumeurs comme je le propose. Je crois au reste que les déchirures et les incisions que j'ai observées sur ces tumeurs ont beaucoup contribué à me donner l'idée de la division. » (*Ibid.*)

Cette idée avait déjà été émise par M. Chassaignac, il l'appliquait aux polypes fibreux. Elle est consignée dans les livres classiques. « Supposons, dit M. Amussat, qu'on n'ait pas réussi par en bas ou incomplétement et qu'on ait acquis la certitude que le volume ou la dureté de la tumeur est un obstacle invincible, faudrait-il renoncer à tout espoir de délivrance ? Alors peut-être devrait-on proposer l'opération césarienne, c'est-à-dire l'extraction de la tumeur par la région hypogastrique. Ainsi, pour nous servir d'une comparaison, on pourrait agir pour les tumeurs fibreuses de l'utérus comme pour les calculs vésicaux volumineux qui nécessitent la taille hypogastrique lorsque leur extraction est impossible par la région périnéale. Mais la taille périnéale étant plus grave que les essais infructueux d'extraction d'une tumeur fibreuse par le vagin, l'opération césarienne, pratiquée comme dernière ressource, serait peut-être moins désavantageuse que la taille hypogastrique faite dans les mêmes conditions.» (Amussat, *Mémoire cité*, p. 69.)

Cette opération hardie a éte pratiquée plusieurs fois. M. Amussat a publié deux observations détaillées dans lesquelles on constate deux succès.

Le même chirurgien cite un fait malheureux appartenant à M. Velpeau : en cela M. Amussat était dans son droit; bien plus, il remplissait un devoir. Mais d'autres faits malheureux existent, ils se seraient produits après des opérations

faites par M. Amussat ou auxquelles ce chirurgien aurait coopéré. Quand ces derniers faits auront été publiés on saura mieux à quoi s'en tenir sur l'extirpation des tumeurs fibreuses. En attendant nous allons transcrire une des observations de M. Amussat avec tous ses détails; nous donnerons ensuite les réflexions de ce chirurgien sur les deux faits de son mémoire.

Obs. 6. *Extirpation d'une tumeur fibreuse du poids de* 338 *grammes, développée dans la paroi postérieure de l'utérus chez une femme âgée de quarante-huit ans, affaiblie par des hémorrhagies abondantes. Guérison soutenue depuis plus de deux ans.*

La relation de cette opération a été publiée par M. le docteur Troussel, dans la *Revue médicale* du mois d'août 1840.

« Madame L***, originaire de Normandie, domiciliée à Paris depuis plusieurs années, de taille moyenne, bien proportionnée, n'avait jamais été sérieusement malade, s'était mariée jeune, avait eu trois enfants et fait deux fausses couches; lorsqu'en 1837, ayant alors quarante-cinq ans, elle remarqua quelques dérangements dans ses règles, qui étaient plus abondantes et revenaient plus souvent et moins exactement. Elle ne fit pas d'abord grande attention à cette circonstance, l'attribuant au commencement de l'âge critique. Mais au bout de quelques mois survinrent de véritables pertes, qui, en causant de la faiblesse, commencèrent à l'inquiéter. Dans l'été de 1838, elle se décida à me consulter à ce sujet. Déjà son teint était pâle, un peu jaune; elle éprouvait un ensemble de malaises qui me fit présumer que les hémorrhagies qui s'étaient manifestées avaient pour cause quelque lésion de la matrice. Le toucher confirma mes doutes : je trouvai l'utérus volumineux comme dans un commencement de grossesse, et assez abaissé pour que le doigt atteignît promptement le col. Celui-ci était effacé, et son orifice vaginal dilaté de manière à recevoir le bout du doigt indicateur, c'est-à dire de la largeur d'une pièce d'un demi-franc. A travers cette petite ouverture, je pus toucher distinctement un corps lisse, un peu arrondi, paraissant insensible à la pression. Le doigt, introduit à la profondeur de quelques millimètres, se trouvait entouré en partie par le bord du col utérin très-aminci. Mais le corps étranger saillant au-dessus du col me parut adhérer intimement avec la partie postérieure de celui-ci, et se confondre avec la lèvre postérieure.

» J'appelai en consultation un de nos célèbres accoucheurs, qui déclara qu'il existait un polype de mauvaise nature, encore entièrement renfermé dans la cavité utérine et se confondant avec la paroi postérieure du corps et du col de la matrice; qu'aucune opération n'était indiquée; que tout portait à craindre une dégénérescence carcinomateuse; et qu'on ne pouvait proposer qu'un traitement palliatif, tendant à combattre les accidents, à soutenir les forces et à éloigner l'issue d'une maladie qui, en quelques mois, devait causer la mort.

» Cependant les pertes sanguines n'étaient pas continuelles. Il y avait des intervalles de plusieurs semaines, de plusieurs mois. Cette femme, tout en s'affaiblissant, maigrissant, pâlissant, n'éprouvait point de douleurs lancinantes, n'avait pas d'écoulements fétides, dans l'intervalle des hémorrhagies. Mais elle était fatiguée par des dégoûts, des envies de vomir, des tiraillements dans la région lombaire, des lassitudes dans les membres inférieurs, une sensation d'embarras, de gêne dans le bassin, des envies fréquentes d'uriner. La partie inférieure de l'utérus paraissait de plus en plus volumineuse, le vagin diminuait de longueur. Le fond de la matrice proéminait davantage au-dessus du pubis; son col s'élargissait, tout en offrant la même disposition que j'avais constatée lors de mon premier examen. Le moindre exercice ramenant l'écoulement du sang et devenant de plus en plus pénible, cette femme ne sortait presque plus. Sa constitution se détériorait graduellement, ses digestions devenaient de plus en plus difficiles, les pertes sanguines revenaient, et plus fortes et à des intervalles plus rapprochés; elles étaient suivies d'écoulements blanchâtres, séreux. Tout en appréhendant le retour des hémorrhagies, à cause de l'affaiblissement général qu'elles occasionnaient, cette dame disait qu'elle

se sentait soulagée après chaque perte abondante.

» Près de deux années se passèrent dans cet état. Les pertes de sang paraissaient s'éloigner ; mais dans les mois d'avril et de mai 1840, il survint un écoulement blanc tellement abondant que la malade en fut effrayée ; elle craignit d'être décidement atteinte d'un cancer de la matrice, et consentit à un nouvel examen. C'était dans les derniers jours du mois de mai : le toucher me fit reconnaître que les choses étaient toujours à peu près dans le même état, si ce n'est que le col me parut notablement plus dilaté, et que la portion de tumeur que je pouvais explorer était saignante ; examinée à l'aide du speculum, elle me parut être blanchâtre et me donna l'idée d'une surface ulcérée cancéreuse. Toutefois, eu égard à la marche de cette maladie, à l'absence des symptômes caractéristiques des affections carcinomateuses, et, nonobstant la teinte jaune paille de la peau du visage et de tout le corps ; à la forme de l'utérus en général, et à celle de son col en particulier ; au pronostic porté lors de la première consultation, et qui n'avait point été justifié, puisque ma malade vivait encore au bout de deux ans, il me vint à l'idée qu'il pourrait bien se faire que cette tumeur de la matrice eût un autre caractère que celui qu'on lui avait assigné. En conséquence, j'en parlai au mari, et lui proposai de prendre l'avis de M. Amussat.

» Notre consultation eut lieu le 1er juin. Après avoir écouté attentivement l'historique de cette longue et cruelle maladie, M. Amussat examina la malade et déclara 1° qu'il existait une tumeur dans l'épaisseur de la paroi postérieure de l'utérus, y compris le col ; 2° qu'il avait pu introduire le doigt indicateur assez profondément dans la cavité de l'utérus, et reconnaître que la tumeur y formait une saillie arrondie fortement convexe, d'une grande dimension, oblongue de haut en bas, médiocrement solide et n'offrant pas de fluctuation, présentant partout la même résistance, à surface parfaitement égale, lisse, et ne paraissant pas sensible au toucher ; 3° que la lèvre antérieure du col et une grande partie de la paroi antérieure du corps de cet organe étaient très-notablement amincies ; 4° que la lèvre postérieure était volumineuse, arrondie, dure, beaucoup plus saillante que l'antérieure et se confondant avec la tumeur ; 5° que l'utérus était mobile, arrondi en forme de poire, un peu incliné à gauche, et que son fond s'élevait à trois ou quatre travers de doigt au-dessus du bord supérieur de la symphyse pubienne ; ayant à peu près le volume de la tête d'un petit enfant à terme ; sa surface extérieure, examinée de toute manière, soit à travers les parois abdominales, soit par le rectum et par le vagin, n'offrant aucune inégalité ; 6° que la dilatation du col, appréciée à l'aide du doigt et au moyen du speculum, avait à peu près l'étendue de la moitié d'une pièce de cinq francs ; 7° et qu'en raison de l'écoulement du sang, on ne pouvait savoir précisément quel aspect présentait la portion de tumeur embrassée par l'orifice du col ; 8° mais qu'il était porté à croire dès ce moment qu'il ne s'agissait pas d'un polype pédiculé, ni d'une affection cancéreuse, mais bien probablement d'un corps fibreux. Il fut convenu qu'on procéderait à un nouvel examen le surlendemain, en se promettant de le commencer avec le speculum, afin de n'être pas gêné par l'écoulement du sang que le toucher déterminait.

» Le 3 juin, nous examinâmes au speculum, qui nous mit à même de voir très-distinctement ce que le toucher nous avait fait reconnaître ; c'est-à-dire la disposition du col utérin, son amincissement en haut et en avant, de manière à former une espèce de bandelette disposée en croissant. La partie de la tumeur que la dilatation du col laissait voir, présentait une couleur grisâtre ardoisée, violacée, assez semblable à celle des polypes ; sa surface était enduite d'une couche de mucosités blanchâtres, puriformes, peu adhérente, facile à enlever avec un linge fin, et n'ayant qu'une odeur fade peu prononcée, et non l'odeur piquante *sui generis* de la suppuration des surfaces cancéreuses ; en outre, cette partie de la tumeur était saignante au moindre contact. Après cette première partie de l'examen, le speculum ayant été ôté, nous procédâmes de nouveau au toucher, qui nous confirma entièrement dans tout ce

que nous avions rencontré lors de notre première exploration. M. Amussat, guidé par la grande habitude qu'il s'est acquise dans ces sortes de recherches, parvint à préciser le diagnostic. . . . . en poussant aussi loin que possible ses investigations, dirigées toujours avec la plus grande prudence et beaucoup de douceur. Son doigt indicateur parvint dans la cavité utérine, de manière à atteindre le fond de l'organe, ce dont nous pouvions nous assurer très-positivement par l'application de la main sur la région hypogastrique; manœuvre rendue facile à cause du peu d'embonpoint de la malade et de la mollesse des parois de l'abdomen, résultant de leur distension pendant plusieurs grossesses. Ces recherches étaient peu douloureuses et occasionnaient un léger écoulement de sang, qui nous parut venir en grande partie de quelques petits vaisseaux contenus dans des espèces de brides dont on sentait distinctement le déchirement, et de la surface saillante de la tumeur. Dans cette séance, nous pûmes nous convaincre qu'il n'existait aucun engorgement appréciable dans les ovaires et les ligaments larges; et que la matrice était développée d'une manière tout à fait régulière, formant un ovoïde exact.

» D'après un examen aussi positif, M. Amussat me dit qu'il lui paraissait possible de tenter une opération pour sauver la malade dont le dépérissement profond annonçait la fin prochaine. Mais, comme cette opération pouvait présenter de grandes difficultés d'exécution et occasionner de graves accidents, tels que l'hémorrhagie ou des inflammations consécutives dans l'utérus même, dans ses annexes et surtout vers le péritoine, il ne voulut rien proposer ni rien entreprendre sans avoir au préalable réuni d'autres avis. Nous convînmes, avec l'assentiment du mari de la malade, que MM. Récamier et Ribes seraient appelés.

» Cette consultation eut lieu le 8 juin. MM. Récamier et Ribes examinèrent notre malade avec le plus grand soin et l'attention éclairée que nous avions droit d'attendre de deux praticiens aussi distingués, et qui se sont occupés d'une manière si remarquable de l'étude des affections de ce genre. Ils partagèrent entièrement notre opinion sur l'état de l'utérus, sur le volume et la nature présumée de cette tumeur, sur son insertion à large base, sur l'état général de la malade dont la vie était menacée d'une manière pressante, et sur l'indication précise de tenter une opération assurément des plus graves dans son exécution et dans ses suites, mais qui était le seul moyen de faire cesser les accidents qui avaient peu à peu amené cette malheureuse femme aux portes du tombeau.

» Après avoir longuement discuté sur le mode de l'opération, il fut arrêté que M. Amussat ferait ce qu'il jugerait convenable.

» Ce qui, entre autres choses, détermina M. Récamier à consentir à l'opération, c'est qu'il était parvenu à détacher la tumeur sur un des points de sa circonférence, en agissant seulement avec le doigt sur la partie latérale gauche de la saillie formée par la tumeur, point vers lequel le sillon de séparation était plus prononcé et s'étendait plus en arrière et en bas; ce qui lui fit espérer qu'elle pouvait bien ne pas faire corps avec la matrice, et qu'on pourrait parvenir à l'en séparer, même dans son insertion à la lèvre postérieure du col, de manière à ce que celui-ci devînt libre dans toute la circonférence de son orifice. M. Ribes fut aussi du même avis; seulement il ajouta que la consistance de la tumeur ne lui semblait pas présenter la dureté ordinaire des tumeurs fibreuses.

» Il fut convenu qu'on laisserait reposer la malade pendant quelques jours qui seraient employés à la préparer à cette périlleuse opération. Un doux laxatif fut administré dans l'intention seulement de débarrasser le gros intestin de matières dures et anciennes dont on avait constaté la présence, et que les lavements n'avaient pu entraîner.

» Le résultat de notre consultation fut annoncé au mari de la malade et à sa famille, en leur faisant entrevoir nos espérances, mais sans leur cacher nos craintes sur l'issue de notre entreprise. L'opération fut fixée au jeudi suivant.

» Le 11 juin, à une heure d'après-midi, se trouvèrent réunis chez cette dame M. Amussat, MM. Lucien Boyer, Filhos, Le Vaillant et moi. M. Amussat résuma

en peu de mots tout ce qui avait rapport à la maladie en question, établit le diagnostic aussi exactement qu'il était possible, et nous dit ce qu'il se proposait de faire : 1° abaisser l'utérus autant que faire se pourrait; 2° dilater l'entrée du vagin, et autant que possible l'orifice du col utérin ; 3° saisir la tumeur avec des pinces de Museux; 4° chercher à l'isoler, à la séparer du col de l'utérus, en continuant ce qui avait été commencé par M. Récamier ; 5° puis faire ultérieurement ce qui serait convenable, au fur et à mesure des indications qui devaient être différentes en raison de la nature de la tumeur, de son adhérence plus ou moins intime, de son volume et des accidents qui pouvaient advenir.

» La malade fut placée en face d'une croisée, sur une commode préalablement garnie d'un matelas, d'oreillers et de draps ; on avait eu soin de s'assurer de la vacuité de l'intestin et de la vessie. La position de la malade était celle adoptée pour la taille périnéale : cette femme était couchée sur le dos, elle avait les jambes fléchies sur les cuisses, celles-ci sur le ventre, et maintenues convenablement écartées.

» En pressant graduellement, mais fortement, sur la région hypogastrique et en entr'ouvrant la vulve et l'orifice du vagin, on parvint à voir le col utérin et à distinguer parfaitement, sans speculum, la partie de la tumeur circonscrite incomplétement par la lèvre antérieure amincie du col de la matrice.

» Espérant que la tumeur n'était pas intimement confondue avec la lèvre postérieure du col de l'utérus, mais qu'une bande du tissu propre de cet organe l'enveloppait en arrière, et faisait suite à la bandelette charnue formée par la lèvre antérieure, M. Amussat essaya de détruire peu à peu avec le doigt les adhérences très-fortes qu'il rencontrait. Une pince de Museux fut implantée dans la tumeur, dans le but d'abaisser l'utérus et de favoriser les manœuvres; mais, loin d'aider l'opérateur, elle gênait ses mouvements, elle fut donc retirée. Cependant on avait obtenu un commencement de séparation, ce qui engagea M. Amussat à continuer. A mesure qu'il parvenait à séparer la tumeur de la lèvre postérieure du col, il reconnaissait que les parois étaient au moins aussi minces qu'en avant, ce qui lui faisait présumer et craindre que la paroi postérieure de la totalité de la matrice n'eût conservé que très-peu d'épaisseur, et ce qui devait l'engager à manœuvrer avec lenteur et précaution, afin d'éviter une rupture. L'introduction simultanée des deux doigts indicateurs, l'un dans la cavité utérine, et l'autre dans le rectum, prouvait de la manière la plus positive qu'en effet l'utérus était fort aminci en arrière, au niveau de l'insertion du corps étranger.

» Trois pinces-érignes ayant été implantées dans la tumeur aussi loin que possible, et réunies de manière à pouvoir exercer des tractions modérées, tantôt verticales, tantôt obliques, dirigées de haut en bas ou latéralement, comme on ferait avec un forceps, M. Amussat continua d'agir avec les doigts, de façon à séparer de plus en plus la tumeur de ses attaches à la matrice, mais toujours avec la précaution de ne jamais s'écarter de la surface de la tumeur, afin de ménager le plus possible le tissu de la matrice. Plusieurs fois les pinces de Museux lâchèrent prise et furent replacées. Enfin, il parvint à séparer entièrement la partie inférieure de la tumeur de ses attaches au col de l'utérus, dont le doigt put alors parcourir toute la circonférence, de sorte que cette portion de tumeur se trouvait dans les conditions des polypes pédiculés. Ce succès enhardit l'opérateur à continuer dans la même voie, et commençait à lui faire espérer que les attaches céderaient aux mêmes manœuvres, tout portant à croire que la végétation, quelque volumineuse qu'elle fût, se trouvait dans les mêmes conditions de rapports dans le fond de la matrice, que celles qu'elle présentait vers le col. Les tractions furent donc continuées, et même avec plus de force, au moyen des pinces-érignes, qu'il fallut bien des fois replacer, en même temps que l'on continuait d'abaisser autant que possible l'utérus dans le petit bassin, par une pression exercée méthodiquement au-dessus du pubis. Cependant le col de l'utérus, disposé en bourrelet assez résistant, ne se laissant plus dilater, et

paraissant mettre obstacle à la sortie de la tumeur, fut débridé par quelques petites incisions pratiquées sur plusieurs points à l'aide d'un bistouri droit boutonné ou avec des ciseaux longs, courbes, à pointes mousses. Mais ce débridement opéré, la tumeur n'avançait pas davantage, ce qui prouva qu'elle était retenue non-seulement par son volume, qui nous parut de plus en plus considérable, mais encore par ses attaches à l'utérus même.

» Les pinces de Museux, en se détachant plusieurs fois, avaient déchiré la surface de la tumeur, de manière qu'il nous fut possible de constater que celle-ci avait une enveloppe kystiforme, assez épaisse et assez résistante. A travers les déchirures faites à cette membrane d'enveloppe, à cette espèce de coque, qui était rougeâtre, comme réticulée, fibrillaire, nous aperçûmes une couche blanchâtre, comme albuginée, résistante quoique molle, ressemblant assez à l'enveloppe d'une tumeur enkystée, dans le tissu de laquelle les dents des pinces restaient plus solidement fixées. Cette opération durait déjà depuis assez longtemps; la malade était fatiguée plus par la position dans laquelle on la maintenait, par l'engourdissement et les crampes qu'elle éprouvait dans les membres inférieurs, par la pression assez forte qu'on était obligé d'exercer sur le bas-ventre, par les tractions que l'on continuait de faire dans différents sens et avec une certaine force, par les tiraillements qu'elle éprouvait dans le bassin, plus, dis-je, par toutes ces circonstances, que par des douleurs aiguës; car la plus grande partie des efforts que nous faisions portaient sur la tumeur elle-même, qui ne paraissait point sensible. Du reste, l'écoulement du sang n'était pas considérable. Ayant reconnu que la membrane d'enveloppe de la tumeur, déchirée par les érignes, formait comme une bride tendue sur cette masse, M. Amussat l'incisa, comme il avait fait pour le col utérin, par plusieurs petits coups de ciseaux ou de bistouri conduits avec précaution. Toutefois, cela n'avança pas à grand'chose, la tumeur paraissait rester au même point. Autre chose la retenait et ce ne pouvait être que son adhérence à la partie postérieure et au fond de la matrice. On essaya une espèce de spatule à manche, légèrement recourbée, disposée en cuiller à bords mousses, mais elle n'aida à rien, et fut rejetée dans la crainte qu'en s'en servant avec plus de force, on ne perforât les parois si minces de l'utérus, et qu'on n'arrivât jusqu'au péritoine.

» Après avoir laissé reposer la malade pendant quelques minutes, temps qui fut employé à délibérer sur la question de savoir s'il ne convenait pas de chercher à diminuer le volume de la tumeur par des incisions, ou bien d'en enlever ce qu'on pourrait, et de laisser le reste, l'abandonnant aux efforts de la nature et comptant sur la suppuration qui s'établirait; ou enfin d'insister sur les mêmes moyens, c'est-à-dire la destruction graduelle de ce qui pouvait rester d'adhérences, au moyen des doigts seulement. M. Amussat se décida pour ce dernier parti.

» Les pinces de Museux furent donc replacées aussi loin et aussi profondément que possible dans le tissu de la tumeur, et, pendant que l'un de nous exerçait de nouvelle tractions, absolument comme dans un accouchement difficile avec le forceps, M. Amussat tâchait au moyen des doigts de séparer de plus en plus la tumeur. Plusieurs fois M. Amussat fut obligé de faire cesser les tractions, surtout parce que, lorsqu'elles étaient exercées avec force, ses doigts se trouvaient tellement serrés qu'il lui était impossible de les faire agir. Il était par conséquent impossible d'introduire le doigt pendant les tractions. Nous essayâmes de placer une ligature sur la tumeur elle-même, un peu plus loin que le point d'insertion des pinces-érignes; mais cette ligature glissait et ne servait à rien. On proposa de passer une forte ligature à travers la masse, à l'aide d'une aiguille courbe, dans l'intention de rendre les tractions plus efficaces, et de suppléer aux pinces dont les mors labouraient et peignaient pour ainsi dire la surface de cette production morbide. Mais on se décida à continuer de se servir des pinces, en ayant soin de les replacer de plus en plus haut, toutes les fois qu'elles se détachaient, et à mesure que la tumeur s'engageait davantage dans l'anneau vulvaire.

» Cependant ces manœuvres ne restaient pas inefficaces, puisque la main, appuyée sur la région hypogastrique, faisait constater bien évidemment que la saillie formée par l'utérus développé était notablement abaissée, et puisque la tumeur apparaissait de plus en plus entre les lèvres de la vulve. Dans ce moment la malade poussa avec force, comme dans les derniers instants de l'accouchement naturel, des efforts qu'on tâcha de réprimer, dans la crainte d'un renversement trop brusque de l'utérus. Bientôt en effet la tumeur sortit plus complétement, mais toujours retenue par de fortes adhérences, que l'on continuait de détruire avec les doigts. Le fond de l'utérus s'affaissait, se déprimait, suivait la tumeur elle-même, de manière à produire le renversement de l'organe, comme un doigt de gant que l'on retournerait. La tumeur était déjà hors du bassin, hors de l'anneau vulvaire élargi, et par conséquent hors du cercle formé par le col, qu'elle tenait encore par un large pédicule. Ce fut alors que M. Amussat redoubla de précaution, persuadé qu'il était que le fond de l'utérus étant très-aminci, le péritoine n'était pas loin, et que le moindre effort pouvait en déterminer la perforation. Ce ne fut donc qu'en se servant des ongles et de la pointe des ciseaux mousses qu'il parvint à séparer la tumeur du fond de l'utérus renversé. Vers ce dernier point d'attache la tumeur présentait deux inégalités mamelonnées, espèces de têtes de clou enchatonnées à part dans l'épaisseur du tissu musculaire de l'utérus. La tumeur tomba sur le plancher et rebondit en produisant un bruit semblable à celui occasionné par la chute d'une vessie remplie d'une substance molle. Aussitôt l'utérus remonta dans le bassin, le col se resserra sur le fond renversé, qui fut repoussé et relevé avec les doigts, pour s'opposer à l'étranglement. Il restait deux sinus ou excavations dont le fond presque pellucide n'était formé que par une très-légère couche de fibres musculaires, et peut-être seulement par le péritoine. Quelques débris membraneux, portions de la membrane d'enveloppe, évidemment musculeux, sortaient par l'orifice du vagin; on coupa avec des ciseaux tout ce qui dépassait cet anneau, et le reste fut abandonné à l'action destructive de la suppuration. La vulve fut lavée avec de l'eau fraîche, et la malade fut portée dans son lit.

» Cette opération si laborieuse avait duré deux heures un quart. Supportée avec courage par la malade, elle fut exécutée heureusement par M. Amussat. Il est juste de dire aussi que jamais peut-être plus d'ensemble, plus de convenance réciproque, plus d'harmonie consciencieuse n'avait présidé à un acte aussi important de chirurgie transcendante.

» La malade était plus fatiguée que faible, n'ayant pas perdu beaucoup de sang pendant l'opération; et tout écoulement ayant cessé aussitôt après l'extirpation de la tumeur. On lui fit prendre un peu d'eau sucrée froide, légèrement aromatisée avec de l'eau de fleurs d'oranger. Le pouls était assez petit, elle avait froid; mais peu à peu la chaleur se rétablit, il survint une sueur assez abondante. On prescrivit une potion légèrement opiacée.

» *Examen de la tumeur.* — Elle avait le volume d'un petit œuf d'autruche, dont elle présentait la forme et la couleur. Son poids était de 338 grammes (environ 11 onces).

» Son grand diamètre était de 12 centimètres (environ 4 pouces 5 lignes).

» Son petit diamètre avait 7 centimètres (2 pouces 7 lignes).

» Sa grande circonférence était de 30 centimètres.

» Et sa petite circonférence de 22 centimètres.

» Sa surface, d'apparence albuginée, généralement régulière, offrait cependant quelques inégalités; elle était tracée de quelques sillons, formant des commencements de lobules; mais à sa partie supérieure et à droite, on remarquait des saillies mamelonnées d'inégale grosseur : la plus grosse ayant le volume d'une forte aveline.

» Sa consistance était molle et donnait l'idée d'une mamelle de vache remplie de lait.

» Après une incision pratiquée profondément dans les trois quarts de sa longueur, on trouva que toute l'épaisseur de la tumeur était homogène, d'un blanc mat, nacré, brillant, offrant des lignes courbes

entrelacées, concentriques, plus blanches, fibreuses. En raclant la surface intérieure des deux moitiés de cette tumeur, on n'obtint qu'une très-petite quantité de sérosité blanche, trouble; sa substance ne criait pas sous l'instrument; on n'apercevait entre ses fibres aucune trace de vaisseaux.

» La surface extérieure plus jaune que la substance centrale était toutefois de même nature et se confondait avec elle; en un mot, cette tumeur n'avait pas d'enveloppe distincte; ce n'était point un kyste, mais bien une tumeur fibreuse molle développée dans l'épaisseur des parois de la matrice, où elle se trouvait comme enkystée.

» On remarquait encore à sa surface quelques débris rougeâtres, formés évidemment de fibres musculeuses, fragments de son enveloppe formée par la partie la plus antérieure des parois de l'utérus, et par la membrane qui tapisse la cavité de cet organe.

» *Analyse succincte des suites de l'opération.*—Une fois remise de l'ébranlement nerveux général occasionné par une opération de cette importance, la malade n'éprouva aucun accident pendant les quatre premiers jours. Alors se montrèrent des symptômes de réaction inflammatoire dont nous cherchâmes à diminuer l'intensité et à éloigner les conséquences par une saignée du bras qui fut pratiquée le troisième jour, sans être arrêtés par l'état de faiblesse dans lequel la malade se trouvait avant l'opération. Ce moyen eut tout le succès qu'on pouvait en attendre, puisque l'inflammation de l'utérus resta dans de certaines limites et ne s'étendit pas au péritoine.

» Vers le cinquième jour, l'écoulement commença à prendre une teinte noirâtre et à devenir fétide. C'est alors qu'on remplaça les injections émollientes par celles faites avec une décoction d'écorces de chêne, d'abord coupée avec de l'eau d'orge et de guimauve.

» L'examen auquel nous procédâmes ce jour-là nous mit à même de constater ce qui suit: l'utérus, un peu incliné à gauche, s'élevait encore à environ quatre travers de doigt au-dessus du pubis; il était peu douloureux au toucher vaginal et hypogastrique; ses parois avaient plus d'épaisseur, principalement en arrière, où la tumeur s'était développée; le col était plus épais, moins dilaté, mais recevant encore aisément le doigt qui rencontrait des inégalités et deux commencemens de cavités : l'une bornée par la paroi antérieure de l'utérus, qui était libre d'adhérences avec la tumeur avant l'opération; l'autre plus bas et en arrière, formant comme une espèce de chaton, et dans laquelle la tumeur était logée. L'intérieur du col offrait aussi des inégalités occasionnées par les incisions pratiquées pendant l'opération. Le doigt fut retiré enduit d'une matière fétide, d'un rouge noirâtre, mêlée à des grumeaux de sang caillé.

» A cette époque le membre gauche se tuméfia, et cet engorgement douloureux augmenta les jours suivants. C'était une espèce de *phlegmasia alba dolens*, ou plutôt de phlébite, occasionnée par la propagation de l'inflammation de l'utérus et de ses annexes, ou par un commencement de résorption purulente, et peut-être aussi par la compression du plexus sciatique et des vaisseaux cruraux à leur origine.

» La région hypogastrique devint plus sensible à la pression; il survint de la fièvre qui eut plusieurs paroxysmes ayant de l'analogie avec les accès d'une fièvre intermittente.

» Tout le membre inférieur gauche fut enveloppé de flanelles recouvertes de taffetas gommé. La malade fut tenue à la diète absolue et aux boissons délayantes acidulées.

» Le sixième jour, on continua les injections, mais avec l'attention de les diriger jusque dans la cavité de l'utérus, à l'aide d'une canule de gomme élastique terminée en olive, et dirigée avec précaution au moyen du doigt.

» Le septième jour, l'engorgement du membre inférieur gauche était notablement augmenté, et plus douloureux principalement sur le trajet des vaisseaux cruraux. On sentait distinctement sous la peau des espèces de nœuds ou de cordons formés par la veine saphène tuméfiée. Les rameaux veineux superficiels sous-cutanés étaient aussi très-notablement dilatés, mais formés de cordons saillants. Toutefois l'hypogastre continuait d'être déprimé et

n'était pas plus douloureux à la pression.

» La malade continuait d'avoir de la fièvre; sa bouche était sèche; elle se plaignait d'envies de vomir.

» Le gonflement de la cuisse gauche différait de l'œdème en ce qu'il était accompagné de chaleur à la peau et qu'il ne gardait pas l'impression du doigt.

» Le huitième jour, le pouls était plus faible, tout en conservant de la fréquence.

» Un lavement huileux avec jaune d'œuf fit rendre une assez grande quantité de matières solides.

» On ajouta un peu de quinquina rouge aux injections. On appliqua une bande de flanelle roulée sur toute la longueur du membre inférieur gauche, en commençant par le pied, et plaçant une compresse longuette assez épaisse à la partie interne de la cuisse sur le trajet des vaisseaux.

» Le neuvième jour : Affaissement général, pouls faible et fréquent (130 à 140), tendance à la fuligination de la langue et des lèvres; visage plus jaune, livide, traits affaissés; frisson général, engourdissement des mains qui étaient d'un blanc de cire, comme dans le premier stade d'un accès de fièvre intermittente; région hypogastrique un peu plus soulevée, sans toutefois être plus douloureuse à la pression.

» *Prescription :* Cataplasmes sinapisés sur le membre inférieur droit et sur les avant-bras; on couvrit davantage la malade, on lui donna d'heure en heure une cuillerée de potion avec laudanum, de l'eau rougie avec du vin de Bordeaux, du bouillon. Toutes les deux heures on fit une friction sur la cuisse gauche avec 15 grammes d'onguent mercuriel. Le pouls se releva, la chaleur revint, et vers le soir le redoublement fébrile était très-prononcé (cataplasmes laudanisés sur l'hypogastre); en résumé la malade était dans un état fort inquiétant, sous l'influence de la phlébite du membre inférieur gauche et de l'inflammation de l'intérieur de la matrice. On administra le soir un quart de lavement d'eau de gomme avec addition de trois décigrammes de sulfate de quinine et de quelques gouttes de laudanum.

» Le lendemain, dixième jour, la malade était mieux. Consultation avec MM. Récamier et Ribes, qui adressèrent à M. Amussat les compliments les plus honorables sur la manière dont il avait procédé dans ce cas si remarquable, et encore unique dans la pratique. Dans cette réunion on constata que le corps et le col de l'utérus étaient dans l'état le plus satifaisant, et que la position actuelle de la malade n'offrait rien de positivement alarmant, malgré l'inflammation veineuse; on convint d'insister sur les mêmes moyens de traitement.

» Le onzième jour, la persistance des nausées et la sensation d'oppression dont se plaignait la malade nous décidèrent à faire appliquer un vésicatoire à l'épigastre, avec la pommade ammoniacale.

» Le douzième jour, on changea la malade de lit pour la première fois depuis l'opération.

» Le quatorzième jour : Malaises, envie de vomir; la langue tendait de nouveau à se sécher, le visage était grippé; la malade était plus mal que les deux jours précédents; on revint aux cataplasmes sinapisés. M. Amussat craignit les effets de la résorption purulente; le soir bain entier tiède après lequel il y eut du mieux.

» Le quinzième jour : Dévoiement, respiration haute, pouls fréquent (110 à 120); eau de riz gommée; on convient d'entretenir le vésicatoire de l'épigastre.

» Les trois jours suivants, à peu près même état; malgré le paroxysme du soir, on continue une légère alimentation (bouillon, crème de riz; quart de lavement avec laudanum le soir).

» Le dix-neuvième jour : Diminution de l'engorgement du membre inférieur gauche, haleine fétide, un peu de dévoiement.

» Le vingtième jour : Gonflement douloureux du membre inférieur droit; cependant par le toucher on s'assura que le col de l'utérus était revenu sur lui-même, que le corps de la matrice conservait toujours un certain volume; l'écoulement était peu abondant, mais fétide, purulent; la malade avait moins de fièvre depuis deux jours, mais elle était plus faible.

» Le soir : Augmentation considérable du volume de la cuisse droite, douleur à sa partie interne vers le pli de l'aine et dans la région iliaque; la phlébite nous

parut plus intense de ce côté qu'elle n'avait été à gauche; continuation du dévoiement : mêmes moyens de traitement que ceux qui avaient été dirigés contre l'engorgement de la cuisse gauche.

» Le vingt-unième jour : Accès de fièvre débutant par du frisson, suivi de chaleur et de sueur, semblable à celui qui eut lieu quelques jours après l'opération ; le moindre mouvement de la cuisse était très-douloureux. M. Amussat reconnut qu'il existait un engorgement notable dans le petit bassin, vers le ligament large droit. On continua les frictions mercurielles. Dans la journée, la malade se plaignit beaucoup de douleur dans tout le membre inférieur droit, autour du bassin et dans la région lombaire. Le dévoiement avait cessé.

» Le vingt-troisième jour, le membre inférieur gauche s'engorgea de nouveau, la jambe et le pied étaient œdémateux ; dégoût pour toute espèce d'aliments ; affaissement général. Tout faisait supposer un grand embarras dans la circulation, dans toute l'étendue du petit bassin ; cependant la malade était mieux vers le soir.

» Les jours suivants, augmentation de l'infiltration des membres inférieurs, de la région du dos et des parois abdominales. Frictions sur les membres inférieurs avec la teinture de scille ; on discontinua les frictions mercurielles ; retour du dévoiement, persistance des redoublements fébriles, principalement le soir. Diminution de la douleur des membres inférieurs.

» Le vingt-huitième jour, on trouva l'utérus moins volumineux, aplati ; la phlegmasie des vaisseaux profonds parut diminuée, mais la malade se plaignait beaucoup de sa bouche ; on remarqua sur la partie interne des joues et des lèvres quelques légères ulcérations ; salivation occasionnée par les frictions mercurielles a haute dose (250 grammes, environ 8 onces d'onguent avaient été employées). Collutoires calmans; le dévoiement continuait ; nuit agitée.

» Les jours suivants, la bouche s'enflamma de plus en plus, devint très-douloureuse avec augmentation de la salivation. Cependant on remarqua une diminution dans le volume des membres inférieurs, le dévoiement cessa ; la région hypogastrique était dans un état satisfaisant.

» Le trente-neuvième jour, on leva la malade pour la première fois ; elle put rester quelques heures dans un fauteuil. Cet état de la bouche et des membres inférieurs fut à peu près le même pendant plusieurs jours. Cependant on augmenta graduellement l'alimentation basée sur le bouillon, le lait, les potages, les œufs frais. La malade put faire quelques pas dans sa chambre ; elle eut un peu plus de sommeil pendant la nuit ; sa convalescence, quoique très-lente à s'établir, ne parut plus douteuse, et tout portait à faire espérer que cette femme ne tarderait pas à être entièrement rétablie de la grave maladie qui avait nécessité cette opération laborieuse, et des accidents qui en avaient été la suite.

» Aujourd'hui 29 novembre 1842, trente mois après l'opération, madame L... est dans l'état de santé le plus satisfaisant ; elle a repris l'embonpoint qu'elle avait, il y a quelques années, avant la longue maladie dont l'a délivrée l'opération qu'elle a subie. Ses règles n'ont pas paru depuis environ quatre mois, mais elle est dans sa quarante-neuvième année ; elle ne ressent aucune douleur dans la région hypogastrique, ni dans le bassin ; elle n'a aucun écoulement par le vagin, toutes ses fonctions se font bien ; elle peut marcher assez longtemps sans éprouver de fatigue.

» Le col de l'utérus, peu volumineux, est assez élevé, mais notablement incliné en arrière ; il est un peu saillant dans le vagin ; ses lèvres sont minces, et le sillon qui les sépare forme une fente transversale d'environ six lignes d'étendue et à bords un peu inégaux.

» L'utérus, moins mobile qu'à l'état normal, est plus volumineux qu'on ne le trouve généralement à cet âge ; il paraît plus aplati d'avant en arrière ; ce qu'on apprécie aisément en combinant le toucher par le vagin et par le rectum avec le toucher hypogastrique. » (*Mém. cit.*)

Voici les réflexions que M. Amussat fait sur l'observation que nous venons de transcrire et sur celle qu'on peut lire dans son mémoire, page 36 et suiv. Ces réflexions auraient bien plus de valeur, si

elles pouvaient porter sur les autres cas d'extirpations de tumeurs fibreuses qui n'ont pas été faites avec le même succès. Mais peut-être ces faits malheureux ne se sont produits qu'après la publication de la brochure de M. Amussat. Quoi qu'il en soit, voici les réflexions de ce chirurgien sur ces deux succès.

» Il n'est pas inutile, je crois, de faire ressortir les points les plus importants de ces deux observations qui ont entre elles la plus grande analogie, et qui doivent être méditées avec soin, parce qu'elles pourront servir de guide dans des cas analogues.

» D'abord, les antécédents de mes deux opérées sont à peu près les mêmes; ainsi ce sont deux femmes de petite taille, à peu près de même âge, ayant eu, la première, trois enfants et trois fausses couches, la deuxième, quatre enfants et deux fausses couches; chez les deux, cet accident est arrivé, pour la dernière fois, il y a dix ans.

» Enfin ces deux femmes, qui ont attribué les métrorrhagies à l'époque critique, étaient malades, l'une depuis 1837, l'autre, depuis 1838; la première a été opérée en 1841.

» Comme on le voit, ces analogies sont assez remarquables pour devoir être notées.

» Le diagnostic a été facile à établir dans les deux cas. On a reconnu deux tumeurs fibreuses développées dans les parois de l'utérus; la première avait dédoublé toute la paroi postérieure, y compris la lèvre correspondante du col utérin, et l'autre avait produit le même effet sur la paroi opposée, c'est-à-dire, le dédoublement jusqu'à la lèvre antérieure du museau de tanche.

» Le globe utérin était uniformément développé et presque de même volume sur les deux femmes.

» Probablement ces deux tumeurs ont mis à peu prés le même espace de temps à se développer.

» Le diagnostic étant le même, le pronostic devait l'être aussi. Rappelons ici qu'il s'agissait de deux femmes épuisées par des pertes abondantes et réitérées. En les abandonnant à elles-mêmes, elles auraient promptement succombé. En tentant une opération hardie, on pouvait les sauver; d'ailleurs l'opération était complétement indiquée.

» Ajoutons que les consultants ont été unanimes; il n'y a point eu la moindre dissidence sur le parti à prendre; tous ont été d'avis qu'il y avait nécessité et urgence même de recourir à des moyens chirurgicaux.

» Les deux opérations ont été pratiquées de la même manière, la deuxième a été achevée plus promptement par le secours du mouvement de rotation; elle aurait été terminée beaucoup plus tôt encore, si on eut eu recours plus vite à ce moyen.

» Sur la première, l'utérus a été complétement renversé.

» Sur la seconde, le mouvement de rotation a empêché cet effet.

» Sur la dernière opérée, M. Filhos a oublié de dire que je m'étais servi d'un onglet tranchant fixé sur le doigt indicateur de la main droite. Cet instrument pourra être fort utile dans des cas analogues. J'en ai fait construire de trois espèces. Le premier, le plus simple, consiste dans un onglet d'acier fixé sur une tige de melchior de trois centimètres et supportée par un anneau brisé. A l'union de l'onglet et de la tige à laquelle il est soudé, se trouve un rebord en cul-de-sac pour loger l'ongle du doigt de l'opérateur. En haut, à l'union de la tige et de l'anneau brisé, se trouve un trou pour passer un fil double qui sert à fixer sûrement le petit instrument autour du doigt.

» Sous le rapport du volume, les deux tumeurs se ressemblent beaucoup. Seulement la première est moins grosse que la seconde.

» La première pèse 338 grammes (11 onces environ) et la seconde 440 grammes (14 onces).

» La couleur, la consistance, la nature et l'organisation sont les mêmes.

» Les suites des deux opérations ont présenté une différence très-notable.

» Chez la première malade des symptômes de phlébite ont eu lieu dès le cinquième jour, et les membres inférieurs ont été œdématiés l'un après l'autre.

» Chez la seconde, des symptômes de phlébite n'ont apparu que le vingtième jour et sur un seul membre inférieur, celui du côté gauche.

» Il est bon de noter que des irrigations continues ont été faites chez la seconde malade, et qu'on n'a point employé ce moyen chez la première.

» La convalescence a été longue dans les deux cas.

» En résumé, les résultats que j'ai obtenus sont extrêmement satisfaisants sous tous les rapports ; ils me donnent lieu d'espérer que ces guérisons se soutiendront, et que mes deux opérées vivront aussi longtemps que si leur existence n'eût pas été menacée d'une destruction prochaine. En effet, sans le secours de l'art, la nature était impuissante et ces deux femmes auraient infailliblement succombé.

» La récidive de la maladie est-elle à craindre dans ces cas ? Je ne le crois pas, je dirai même qu'elle est moins à redouter qu'après l'extirpation des polypes, parce qu'on est plus certain d'enlever en totalité une tumeur fibreuse qu'un polype. » (Amussat, *Mémoire cité*, p. 57 et suiv.)

ARTICLE XXIII.

Polypes de la matrice.

Les polypes des organes génitaux de la femme naissent le plus souvent de la matrice. Sans entrer dans les subtilités qu'on appelle philosophiques des définitions données aux polypes, sans entrer dans tous les détails qui ont été donnés sur les différences à faire entre les vrais polypes et les autres tumeurs qui leur ressemblent et qui ne sont pas des polypes, nous dirons que nous accepterons ici comme tels toutes les tumeurs pédiculées de l'intérieur de la matrice. On voit qu'il sera question ici des tumeurs fibreuses que nous avons déjà décrites en partie et qui au lieu d'être pédiculées à *l'extérieur* de la matrice du côté du péritoine, sont pédiculées à *l'intérieur*, c'est-à-dire du côté de la muqueuse du même organe.

Comme nous aurons à entrer dans des discussions qui portent sur la nature des polypes, nous allons exposer les différentes espèces de polypes admises dans la monographie de Mr. Gerdy et adoptées avec modification dans le livre classique de M. Vidal C'est encore ici un article qui doit commencer par l'anatomie pathologique.

Polypes mous, vésiculaires. Ils sont très-rares dans la matrice, fréquents au contraire dans le nez. Ils sont écrasés avec la plus grande facilité ; c'est une espèce de gélatine demi-transparente, donnant sur le jaunâtre et le grisâtre. Cette transparence n'est pas égale partout; on voit même quelquefois des points opaques. La membrane qui forme leur tunique est différemment mince, selon le point du polype qui est examiné. Elle se détache d'ailleurs difficilement de la masse polypeuse, laquelle est constituée par un tissu cellulaire à aréoles fines, friables, transparentes, qui contiennent une humeur albumineuse, quelquefois des vésicules qui peuvent avoir le volume d'un pois; vaisseaux extrêmement fins, extrêmement rares, quelquefois nullement apercevables au pédicule. Insensibles au toucher, peu à la pression, ces polypes ne gênent que lorsqu'ils ont acquis un certain volume; et pour que celui-ci soit considérable, il faut des années entières; ils ne donnent lieu à aucun symptôme grave; très-rarement l'écoulement sanguin va jusqu'à l'hémorrhagie; quelquefois de l'irritation et une inflammation avec sécrétion puriforme. En vieillissant, ils peuvent perdre leur transparence, perdre un peu de consistance, passer même à l'état lardacé, mais ils n'ont aucune tendance à la dégénérescence cancéreuse, cartilagineuse ou osseuse.

Ce qui tient à l'état hygrométrique de ces polypes, à leur variation de volume et aux différents phénomènes auxquels ils donnent lieu alors, se rapportant aux polypes du nez, nous n'en dirons rien ici.

Polypes mous et lardacés. Un peu plus solides que les précédents, on les dirait composés d'albumine concrète renfermée dans des mailles d'un tissu cellulaire opaque; ils ressemblent à du lard. Il est des points où la substance semble caséeuse.

La vascularisation est plus apparente que dans l'espèce précédente, surtout vers le pédicule et aux points rouges que l'on remarque sur quelques points de ces polypes, ce sont encore là des polypes qui appartiennent surtout au nez. Ils paraissent cependant un peu moins hygrométriques

que les précédents, qui ne sont à tout prendre que le premier état de ces derniers.

Polypes fongueux. Ce sont les polypes vivaces de Levret ; mous, spongieux et comme tomenteux à leur surface, rouges, quelquefois livides, ils saignent et coulent souvent, et parfois donnent lieu à des hémorrhagies. Tendance marquée à la dégénérescence cancéreuse, à la récidive. C'est même par ce caractère et leur couleur qu'ils se distingent des autres. C'est à cette catégorie que se rapportent les polypes fibrineux dont parle M. Velpeau, et dont voici un exemple : «Une femme de trente-deux ans vint réclamer mes soins à l'hôpital Saint-Antoine, en 1828. Depuis un mois, elle éprouvait de temps en temps une perte légère. Au toucher, je trouvai une masse, du volume d'un petit œuf, un peu renflée, d'une consistance assez ferme, et qui se prolongeait, par un pédicule distinct, jusqu'à la partie supérieure du col. Je crus à l'existence d'un polype. La malade fut mise dans un bain et préparée pendant trois jours à l'opération. Mon doigt, porté dans les parties, rencontra de nouveau la masse que j'y avais d'abord reconnue ; mais en essayant d'en poursuivre le pédicule, je la fis tomber dans le vagin et l'amenai au dehors : c'était une concrétion fibrineuse, une simple caillot de sang endurci. De là une variété nouvelle de polypes, les polypes fibrineux. Par suite de règles ou d'une perte, une concrétion sanguine se greffe sur le col de l'utérus, et finit par y vivre. J'en ai maintenant observé quatre exemples, à des degrés divers d'organisation. Ce polype en forme de kyste à pédicule long, observé par M. Arnolt (1), et qui partait de la lèvre antérieure du col, n'appartiendrait-il pas à cette catégorie?» (Velpeau, *Méd. opér.*, t. 4, 2e éd., p. 382).

Polypes granuleux. Peu volumineux, s'étendant en surface sous forme de grains blanchâtres, grisâtres ou rosés, à pédicules très-minces; ils ressemblent aux choux-fleurs, aux végétations syphilitiques ; ils sont composés, dit M. Gerdy, d'une membrane très-mince; leur tissu est homogène, lardacé, on n'y distingue pas aisément de vaisseaux.

(1) Encyclogr. des sc. méd., 1836, p. 315.

Il paraît que ce sont là des végétations vénériennes. Dans ce moment-ci, j'ai, dans mon service à Lourcine, une fille qui a des végétations vénériennes sur les grandes et petites lèvres; si celles-ci avaient été seules, on aurait bien pu les prendre pour des polypes. Ce qui me confirmerait dans mon opinion, c'est ce qu'on dit de la tendance de ces végétations à s'agglomérer à mesure qu'elles s'accroissent; mais on ajoute que leur développement est lent et qu'elles dégénèrent facilement en cancer ; ce qui ne s'observe pas pour les végétations vénériennes. (Vidal, *loc. cit.*)

Polypes durs. Polypes fibreux. Ce sont les tumeurs fibreuses étudiées dans l'article précédent; mais au lieu d'être pédiculées du côté du péritoine, au lieu d'être interstitielles, elles sont pediculées du côté de la muqueuse. Elles peuvent acquérir un volume considérable; pyriformes, mais pouvant se mouler néanmoins sur les cavités qui les contiennent, et prendre des formes très-variées. On les voit alors divisées en plusieurs lobes. Le pédicule se confond avec le tissu fibreux de la surface lisse, quelquefois mamelonnée, quelquefois tomenteuse; par accident, parsemée d'ulcérations. La trame est fibreuse, criant sous le scalpel, et lui résistant, se crispant au feu et par les acides. Les fibres ont des directions variées ; elles sont fasciculées, pelotonnées ou roulées en cercles concentriques; leur couleur est d'un blanc grisâtre; vaisseaux veineux, artères déliées, rampant sur la membrane d'enveloppe ; vaisseaux encore plus fins, s'arborisant dans les interstices de la masse polypeuse.

D'abord indolents par eux-mêmes, ils causent de la douleur en comprimant les parties qui les environnent, puis ils deviennent eux-mêmes le siége de douleurs assez vives. Ils causent des hémorrhagies, des écoulements puriformes, des inflammations qui les envahissent à leur tour. C'est alors qu'ils s'ulcèrent, et donnent lieu à des symptômes généraux assez graves pour déterminer la mort. Leur dégénérescence cancéreuse est rare, mais leur ramollissement et leur gangrène donnent lieu à des écoulements ichoreux dont la résorption cause une mort plus

prompte que celle qui suit le cancer.

Polypes sarcomateux. Souvent pyriformes, mais pouvant se mouler sur les cavités qui les contiennent ; quelquefois lobulés; assez souvent le pédicule est large. Consistance moins ferme que celle des précédents. Couleur rouge, livide ou brune. Tissu en apparence charnu comme celui de l'utérus pendant la grossesse, d'où le nom de charnu et sarcomateux. La fibre est plus molle que celle des fibreux. Tissu cellulaire, vaisseaux plus abondants, veines souvent variqueuses, artères plus déliées et plus rares.

En adoptant les idées de Bayle et de M. Roux, on regarde ces polypes comme la première période, ou état des précédents. Mais tous ne sont pas ainsi, car il en est qui sont douloureux par eux-mêmes; ils causent des hémorrhagies, saignent spontanément, à plus forte raison quand on les touche ou quand on les irrite par des manœuvres imprudentes. Ces polypes développent des symptômes généraux plus prononcés, des douleurs, des tourments plus insurmontables. Ils dégénèrent beaucoup plus souvent encore que les précédents, excepté cependant les polypes fongueux.

Polypes très-durs. Polypes cartilagineux, osseux et pierreux. Toujours d'après Bayle et M. Roux, ce sont les précédents polypes qui, à force de vieillir, ont fini par subir l'induration cartilagineuse et par s'incruster d'un sel calcaire. Aussi, après cette dégénérescence, ils n'en subissent pas d'autres. Les symptômes qu'ils produisent ne peuvent venir que de la gêne à laquelle ils donnent lieu, à la manière des corps étrangers ; ils ne sont donc pas sensibles ; ils sont très-lourds.

Polypes mixtes ou composés. M. Gerdy désigne ainsi ceux qui sont creux, contenant un liquide ou plusieurs substances, et ceux qui, sans être creux, sont formés de tissus, de substances, de corps variés, et contiennent des portions cartilagineuses, osseuses, pierreuses, des kystes, des poils (Vidal, de Cassis, *Traité de pathologie externe*, t. IV, p. 93).

Voici deux observations de polypes mixtes; elles prouvent que la texture du polype peut varier selon le point qu'on examine. De plus, la deuxième observation donne une idée de la disposition de l'enveloppe que l'utérus fournit aux polypes fibreux qui partent du tissu propre de la matrice.

Obs. 1re. M. Gaches rapporte l'histoire d'une femme de vingt-quatre ans, qui, en faisant un effort pour soulever un fardeau, sentit s'échapper de la vulve, sans douleur, un corps cylindrique ; ce polype ressemblait si parfaitement à une verge, que M. Gaches crut un instant à l'hermaphrodisme, mais il reconnut bientôt que c'était un polype. Il s'implantait sur un corps volumineux, qu'il prit d'abord pour l'utérus déplacé. Mais, après un nouvel examen, il vit manifestement que c'était un second polype, plus volumineux, dur et aplati. Il en pratiqua la ligature au moyen du serre-nœud de Levret. Le sphacèle s'empara de la tumeur, et la malade se rétablit parfaitement. L'examen de la tumeur, après sa chute, fit voir que le premier polype n'était que la suite du second. Il était cylindrique, uniforme dans toute sa longueur et fongueux. Il avait cinq centimètres de circonférence. Le grand était plus volumineux à sa partie inférieure qu'en toute autre partie ; il était creux dans toute son étendue, et charnu. (Obs. de M. Gaches, *Ann. de la soc. de méd. de Montp.*, t. XXXIII, p. 31.)

Obs. 2e. Une femme de trente ans, tourmentée par des chagrins pendant plusieurs années, voit ses règles devenir plus rares, puis plus fréquentes, et se changer en véritables hémorrhagies ; alors fièvre, émaciation, ischurie, etc., saillie dans le vagin d'une masse polypeuse arrondie. Le col de l'utérus, dilaté, laisse passer le doigt dans son ouverture. Mort, avant que l'on ait pu tenter l'avulsion du polype. *Autopsie :* Signes d'une péritonite aiguë. De l'utérus naît un polype sarcomateux, d'une substance blanchâtre et compacte vers sa racine. Son sommet, qui est contenu dans le vagin, est d'une texture molle, d'une couleur rouge foncé. La tumeur est enveloppée d'une sorte de poche fournie par la substance intérieure de la matrice. (Paletta, *de uteri polypis*, *exercitationes pathologicæ*, p. 12.)

Joignons à ces détails, à cette espèce d'analyse du polype, des considérations plus synthétiques sur le polype qui est plus particulièrement en rapport avec l'utérus. Ici servons-nous des recherches de madame Boivin. « Assez récemment, le professeur Cruveilhier, et le docteur Dance ont comparé leur tissu à celui de la matrice, et considéré leur formation comme une exubérance de quelque point de cet organe, comme une sorte d'hypertrophie locale (1).

» Plus récemment encore, le docteur Blandin en attribue la formation à quelque dépôt de fibrine arrêtée dans les vaisseaux utérins, et organisée ensuite; opinion qui n'expliquerait ni leur accroissement ultérieur, ni leurs transformations. Relativement à ce dernier point, ce que nous avons dit ailleurs doit faire assez prévoir que ce ne seront pas toujours les gros qui seront les plus denses, le plus évidemment fibro-cartilagineux, les plus voisins de l'état osseux ou pierreux; toutefois, plus rarement peut-être que pour les tumeurs siégeant dans l'épaisseur de l'utérus ou à son extérieur, trouvera-t-on ici la texture fibro-cartilagineuse dans les petits polypes, elle serait plutôt dans les médiocres; là elle se présente avec l'aspect précédemment décrit, et dont on peut prendre une idée exacte dans la figure 2 de la dissertation du docteur Simson (2). Quelquefois les lames concentriques, formées par les couches du tissu fibreux, y sont si distinctes, qu'on les a comparées à celles qui donnent à la cornée transparente l'épaisseur qu'on lui connaît (Siebold); d'autres fois, au contraire, les fibres y semblaient tellement entrelacées, feutrées, qu'on les a comparées aux filaments du placenta. Ceux-ci, sans doute, étaient aussi très-vasculaires, très-sanguins, comme cela arrive quelquefois. De cette nature sont évidemment ces polypes sarcomateux, déjà observés par Levret et dont plusieurs cas se sont aussi présentés à nous, polypes rouges et qui fournissent aisément du sang par la pression, occasionnent même spontanément de fréquentes hémorrhagies, et semblent eux-mêmes en quelque sorte érectiles, tant ils peuvent se roidir et se gorger de sang à certaines époques, surtout à celles de la menstruation.

» Ce plus ou moins de vascularité, de consistance, qui sans doute dispose plus spécialement les polypes à telle ou telle dégénérescence, doit-il, comme l'ont voulu bien des pathologistes, les faire considérer comme essentiellement différents? Ce n'est pas aujourd'hui l'opinion la plus générale; l'opinion contraire a prévalu depuis les progrès récents de l'anatomie pathologique, et, quant à nous, elle nous offre surtout l'avantage de faciliter l'étude et les applications du dogme à la pratique, en réunissant des objets qui ont entre eux tant de points de contact, qui donnent lieu à tant de considérations communes, et qui resteraient telles, quand même les différences seraient entre eux aussi réelles qu'on le dit encore dans quelques ouvrages.

» A plus forte raison ne devrait-on pas regarder comme d'une nature particulière les polypes dans la masse desquels entrent, en petite proportion, quelques substances autres que celles que nous en regardons comme la trame fondamentale; par exemple du pus, des humeurs séreuses ou visqueuses, du sang coagulé dans quelques cellules, des matières tuberculeuses, athéromateuses, avec ou sans poils, etc., etc.

» Les matières liquides sont parfois comme infiltrées, ou bien contenues dans des vacuoles disséminées dans la masse, quelquefois aussi réunies au centre du polype, dans une grande cavité commune. Les polypes creux sont effectivement assez peu rares pour mériter l'attention du praticien, en raison surtout des erreurs auxquelles ils peuvent donner lieu relativement au diagnostic. Ces erreurs ont été quelquefois même commises, non-seulement avant toute tentative opératoire, mais encore après la séparation du polype par excision ou ligature. C'est effectivement en cas pareil qu'on a cru fréquemment avoir extirpé l'utérus, dont cependant on n'avait enlevé qu'une faible portion, auquel même on n'avait quelquefois pas touché. » (Madame Boivin et Dugès.)

(1) Revue médicale, 1830, t. XXXVIII, p. 408.
(2) *De polypis uteri horumque resectione*, Berolini, 1828.

On peut voir dans l'atlas publié par madame Boivin la figure d'un polype creux d'une énorme dimension, et qui fut enlevé avec succès par la ligature ; du sang et d'autres matières liquides qui s'amassaient quelquefois dans sa cavité, s'en écoulaient par plusieurs orifices. Pareilles observations sont relatées dans les recueils de faits. Saviard (obs. 36) a trouvé, sur le cadavre d'une femme morte d'épuisement, une tumeur du volume d'un cœur de bœuf adhérente au fond de la matrice, par un col étroit et creux dans toute sa hauteur ; la cavité était remplie de sang. D'autres exemples sont cités par Levret dans les *Mémoires de l'Académie de chirurgie* (t. III, p. 526 et 527). Dans l'un, appartenant à Boudou, la tumeur représentait un sac tissu de fibres charnues ; dans deux autres (Cailhava, Guiot), la cavité était remplie de matière gélatineuse et de poils ou de graisse pareillement mélangés. On connaît encore deux autres cas de polypes également vides à leur centre (Hoin, Laumonier), et qui ont été pris pour l'utérus après leur extirpation.

La couleur et la consistance d'un polype doivent nécessairement être en raison de sa texture et de sa structure intérieure ; mais ces apparences, aussi bien que l'aspect extérieur, le plus souvent lisse, mais quelquefois aussi inégal, rugueux, comme variqueux, etc., dépendent encore, suivant le grand nombre des auteurs, de la membrane dont ils sont enveloppés. Cette membrane, que l'on a généralement regardée comme une expansion de la tunique interne de l'utérus, n'est souvent pas plus distincte de la tumeur même que la prétendue membrane muqueuse de la matrice ne l'est du tissu de cet organe (on sait que madame Boivin refuse une membrane muqueuse à l'utérus). M. Breschet assure qu'il a toujours vu les polypes revêtus d'une membrane mince, unie, luisante (*Dict. de méd.*) ; dans d'autres cas (1) bien distincte, charnue et d'autant plus mince qu'on se rapprochait davantage du pédicule, si la tumeur était volumineuse, d'autant plus épaisse, si la grosseur était médiocre, mais toujours évidemment continue avec les fibres charnues de l'organe même dans lequel le polype a pris naissance ; elle était bien manifestement due à la couche intérieure de ces fibres repoussée en dedans et entraînée à la surface d'un corps fibreux dont le siége primitif avait été l'épaisseur même des parois du viscère. Enfin, dans certaines circonstances, nous avons trouvé cette enveloppe mollasse et telle que son origine nous a paru devoir être rapportée à une exsudation albumineuse, sécrétée par inflammation à la surface interne de l'utérus, et organisée ensuite, par un travail spécial, à la superficie de la tumeur même dont la présence avait causé la phlegmasie. Cette tumeur en effet peut très-bien contenir en elle-même les éléments d'un pareil travail ; c'est bien à tort que certains écrivains modernes dénient aux polypes des vaisseaux sanguins (Meissner, Simson). (*Ibid.*)

Madame Boivin fait remarquer qu'au fond ces auteurs les admettent implicitement, puisqu'ils font mention de canaux sanguinifères, qui, disent-ils, ne peuvent être suivis jusque dans le pédicule. Certainement les polypes fibreux renferment peu de vaisseaux dans leur épaisseur ; selon madame Boivin, ils pourraient s'accroître par leur circonférence, et ils pourraient n'avoir aucun vaisseau vers le centre ; alors faut-il attribuer à leur disparition progressive la condensation graduelle et la pétrification définitive de ces productions ? peut-être encore, si elles conservent plus de vitalité, s'y forme-t-il des canaux sanguins de création nouvelle, comme le pense M. Breschet (1) ? Ce qu'il y a de réel, c'est que les vaisseaux importants ne se trouvent guère qu'à la superficie des polypes et dans la tunique charnue que leur forme l'utérus. Le fait rapporté par Levret dans ses observations sur les polypes, prouve cela. Dans l'observation déjà citée de Saviard, il est question de deux artères fort petites et de deux veines aussi volumineuses que la crurale ; on lit aussi, dans l'ancien *Journal de médecine*

(1) Hervez de Chegoin ; Remarques sur les polypes de la matrice. Journ. gén. de méd., oct. 1827, p. 8.

(1) Dictionn. de méd., art. Polype, t. XVII, p. 334.

(t. XIX, année 1768), la relation d'un cas où le polype contenait dans son pédicule deux artères et une veine, et l'on connaît l'observation de Vacoussin, donnée par Levret, observation remarquable à cause des pulsations qu'on sentait dans le pédicule de la tumeur. Ces faits sont très-utiles à connaître, ils nous prouvent que la section du pédicule d'un polype n'est pas toujours une opération aussi innocente que l'on a voulu le dire.

Après ces considérations sur l'organisation des polypes, passons en revue leur forme, leur volume, leur nombre, leur insertion, leur siége.

1° *Forme*. Ordinairement sub-globuleux; ovoïdes, ou plutôt piriformes, quelquefois bosselés, aplatis, étranglés, cylindroïdes, irréguliers;

2° *Volume*. Variables depuis un pois jusqu'au volume de la tête d'un homme.

« Les polypes utérins offrent quelquefois un volume si considérable, dit M. Velpeau, qu'ils remplissent la totalité du vagin, et vont même jusqu'à s'élever jusque dans l'hypogastre ou les fosses iliaques. Baudelocque dit en avoir observé un dont la moitié inférieure occupait le bassin, tandis que l'autre faisait une forte saillie au-dessus du détroit supérieur. Louis, en faisant une ligature, put en étrangler la première partie, mais, quand elle fut tombée, il ne voulut pas qu'on allât chercher l'autre avec le forceps. La femme mourut, et Baudelocque affirme qu'il eût été possible d'extraire la seconde portion du corps étranger tout aussi bien que la première. C'est pour des cas de ce genre que le même auteur conseille l'emploi du forceps, dont Herbiniaux avait fait usage avant lui avec un plein succès. Depuis lors, M. Deneux, Murat, M. Hervez de Chegoin, l'ont employé avec tous les avantages que s'en était promis Baudelocque. Maintenant qu'on a des idées assez nettes sur la nature de ces polypes volumineux, l'extraction en sera tentée avec d'autant plus d'assurance qu'on se croira plus obligé de recourir en même temps à la ligature. Après tout, le forceps n'est pas le seul instrument, n'est pas même toujours le meilleur instrument qui soit indiqué dans ce cas. » (Velpeau, *Méd. opér.*, t. 4, 2e édit. p. 497.)

Madame Boivin cite, d'après l'ancien journal de Médecine, un polype du poids de dix livres et demie, de dix-huit pouces de circonférence à sa base, de treize pouces huit lignes de longueur. Sa substance était composée de fibres charnues contournées. Il était inséré sur le museau de tanche. (Madame Boivin et Dugès, *Mal. de l'utérus*, t. 1er, p. 340, note Gerdy, p. 46.)

3° *Nombre*. Quelquefois multiples, plus souvent uniques quand le volume est assez considérable.

4° *Insertion simple ou multiple*. L'insertion est plus communément faite par un collet ayant en épaisseur le tiers environ de la circonférence de la tumeur, tantôt par un pédicule plus mince et plus allongé, quelquefois par une large base; les uns ou les autres fixés d'ailleurs en divers points de la matrice, le plus souvent au fond de l'organe ou dans la cavité du corps, parfois dans celle du col, quelquefois encore sur le museau de tanche ou même sur sa surface externe, c'est-à-dire près de l'insertion du vagin auquel peuvent aussi se joindre des tumeurs analogues. Voici ce que dit M. Gerdy sur les pédicules multiples.

« Un polype attaché au fond de l'utérus et parvenu dans le vagin peut : 1° contracter adhérence avec ce conduit, ce qui lui forme un second pédicule; 2° si le polype grossit, c'est sa portion libre qui augmente de volume, s'allonge et se porte vers la vulve; 3° si le polype paraît brusquement à la vulve, le premier pédicule cause le renversement ou la descente de l'utérus; le deuxième produit le renversement du vagin; 4° si le pédicule inférieur s'insère à la partie moyenne ou inférieure de la paroi postérieure du vagin, la cloison recto-vaginale est renversée; s'il s'insère plus haut à la même paroi, la partie du vagin que le péritoine tapisse en arrière, est entraînée par le polype; 5° il y a alors du côté du péritoine un enfoncement proportionné à l'étendue du renversement, et les intestins peuvent descendre dans cet enfoncement; 6° si on se décide à la ligature ou à la section de ce pédicule, on peut, dans le premier cas, appliquer le lien sur le vagin et les intestins descendus dans son renversement,

et dans le deuxième, établir une large communication entre le péritoine et le vagin. L'observation suivante confirme plusieurs de ces propositions, et vient à l'appui de toutes.

Obs. 3e. » Une femme, âgée de quarante-huit ans, entra à la Pitié. Une tumeur rougeâtre, plus volumineuse que le poing paraissait à la vulve qu'elle remplissait. Le doigt introduit le long de la paroi antérieure du vagin, rencontrait un pédicule arrondi qui semblait passer à travers un orifice circulaire, large et d'une mollesse comparable à celle du col de l'utérus pendant l'accouchement. La paroi postérieure du vagin s'étant ulcérée, avait contracté des adhérences avec le polype. Une ligature fut passée et serrée autour du pédicule utérin ; à la visite suivante, la tumeur répandait une odeur fétide, sa surface était livide, surtout en avant. Son pédicule utérin fut coupé avec le bistouri au-dessous de la ligature, il ne s'écoula que quelques gouttes de sang. Pour achever de détacher la tumeur, il fallut employer les mêmes moyens à la partie beaucoup plus large insérée à la paroi postérieure du vagin. Mais cette partie pouvait avoir été entraînée en bas par le poids du polype, et il était à craindre qu'on ne plaçât la ligature sur la cloison recto-vaginale. L'exploration du rectum n'ayant fait reconnaître aucune déviation de sa paroi antérieure, on plaça une ligature dans un sillon fait avec un bistouri; la tumeur devint noire. Une sanie grisâtre s'écoulait en grande quantité par le vagin quand on déplaçait latéralement le polype, qui y retenait cette matière. On détacha la tumeur en l'excisant au-dessous de la ligature, il ne s'écoula pas de sang. La tumeur enlevée était arrondie, avait près de six pouces de diamètre dans tous les sens. La surface de la dernière section qu'on y avait pratiquée était blanche; la tumeur, dans ce point et dans les parties voisines, était dure et offrait un peu l'aspect des corps fibreux de l'utérus. Dans le reste de son étendue, elle était composée d'un tissu mou, mais tenace, d'une rougeur foncée. La malade, épuisée par les hémorrhagies antérieures, mourut.

» Le pédicule primitif de la tumeur s'insérait au fond de l'utérus. La portion restante était cylindrique, longue de deux pouces, et grosse comme le petit doigt; elle était dure et se continuait avec le tissu de l'utérus dont elle semblait avoir la texture; l'utérus était peu dilaté, puis mou aux environs du col, dont la cavité se continuait sans interruption avec celle du vagin, qui était très-ample; la partie supérieure et postérieure de celui-ci donnait naissance au deuxième pédicule qui était encore embrassé par la ligature. La portion du vagin que le péritoine tapisse en arrière avait été entraînée par le polype. Le sillon circulaire fait par le bistouri, avait été tracé sur la membrane muqueuse du vagin au niveau de ses adhérences avec le polype. Le péritoine descendait dans un enfoncement infundibuliforme, dont le sommet s'engageait un peu sous la ligature; l'incision pratiquée un peu plus haut, eût fait communiquer le vagin avec la cavité abdominale. » (Obs. de M. Bérard dans les *Arch. gén. de Méd.*, t. II, p. 88 ; Gerdy, *Thèse de concours*, p. 45.)

Siége des polypes de la matrice. Ils occupent un point différent non-seulement en raison de leur insertion, mais encore de leur forme, de leur volume, de leur ancienneté.

Un polype du fond de la matrice peut descendre dans son col, et jusque dans le vagin, et cela de trois manières : 1° En s'effilant dans sa masse ; 2° en allongeant son pédoncule aminci ; 3° en déprimant, renversant le fond du viscère où il a siégé d'abord. Nous reviendrons sur ce sujet du siége des polypes.

Causes des polypes de la matrice. On pourrait écrire longuement sur les causes des polypes de l'utérus, sans éclaircir le moins du monde cette partie de l'histoire de ces tumeurs. On trouve ici la même obscurité qui règne sur l'étiologie de toutes les dégénérescences. On se rappellera ce que nous avons dit d'après Bayle, des causes des tumeurs fibreuses. Tout cela se rapporte au moins à une des espèces de polypes que nous avons établies. Selon Mme Boivin, il y a une coïncidence remarquable entre les polypes avec écoulement abondant par le vagin, et le cancer des mamelles, du foie et même de la face.

Les observations du même auteur tendraient à établir que les polypes sont plus

fréquents chez les femmes faibles qui habitent des appartements bas et humides, chez celles qui sont sédentaires, comme les cuisinières, les couturières.

Quant à l'âge, Dupuytren cite les femmes de 35 à 40 ans.

Voici un extrait d'une observation qui semblerait prouver l'influence d'une chute sur la production des polypes. Elle prouve aussi que les polypes sont accompagnés d'hémorrhagies, et que leur tissu peut être analogue à la structure de la tétine de vache.

Obs. 4e. Une femme tombe de voiture : perte qui dure près de trois mois d'abord, et revient ensuite de temps en temps pendant quatorze ans. A cette époque, pesanteur dans le bas-ventre, continuation des pertes, mort au bout de seize ans. Polype de six pouces de long sur quatre de large, inséré au fond de l'utérus, sillonné à sa surface par des veines variqueuses; à l'intérieur il y a quelques vaisseaux. La nature de la tumeur a été comparée à de la tétine de vache cuite; elle était recouverte par une expansion de la membrane interne de l'utérus. (Levret, *Observations sur la cure radicale des polypes*, p. 16).

Nous avons parlé tantôt des causes qui coïncidaient avec les polypes, Madame Boivin croit aussi à la coïncidence du squirrhe avec ces tumeurs. Elle cite deux observations :

Obs. 5e. Dans la première, il s'agit d'une dame de quarante-neuf ans, qui avait été opérée d'une tumeur squirrheuse du sein, et qui, deux mois après sa complète guérison, affectée de récidive, fut traitée sans succès par la compression. Elle éprouvait alors de la pesanteur vers le bassin, ce qui lui inspira des craintes de ce côté. Il y avait quatre ans qu'elle avait cessé d'être réglée. Examinée au speculum, elle présenta dans l'ouverture du museau de tanche dilaté, un polype du volume d'une grosse cerise et d'un rouge violacé. il était inséré à peu de distance de l'orifice. Il n'y avait point d'écoulement.

Obs. 6e. Dans la seconde, il s'agit d'une femme blonde, fraîche, d'un très-bel embonpoint, qui était venue deux fois à Paris, pour se faire opérer d'un squirrhe de la mamelle, et qui succomba à une métrorrhagie violente, occasionnée, à ce qu'il paraît, par le développement d'un polype considérable de la matrice, dont elle ne voulut point être opérée. Elle n'avait jamais eu d'enfant. (Madame Boivin et Dugès, *Maladies de l'utérus*, t. I, p. 367; rapportées par M. Gerdy dans son *mémoire sur les polypes*, p. 39.)

Symptômes et marche des polypes de la matrice. Le point de départ des polypes est souvent très-obscur. Ils peuvent naître sans s'annoncer par aucune gêne dans les organes de la génération, ils peuvent n'être trahis d'abord par aucun trouble; mais souvent aussi l'apparition du polype de l'utérus est précédée de loin par des écoulements leucorrhéïques, blanchâtres, jaunâtres, verdâtres et purulents ou puriformes, par des hémorrhagies ou des écoulements rougeâtres. Il est des auteurs qui pensent que ces phénomènes ont précédé les polypes qu'ils ont regardés comme résultats et non comme causes de ces dérangements de fonctions. Mais on pourrait tout aussi bien dire que ces hémorrhagies étaient elles-mêmes le produit du travail de formation qui leur a donné naissance. Alors encore un sentiment de gêne, de pesanteur et même de douleur dans le bas-ventre, pendant la marche, signes de congestion vers l'utérus ou d'inflammation chronique de cet organe, viennent se joindre aux écoulements morbides, dont il vient d'être question. Parfois même des phénomènes hystériques ont lieu : chaleur à la face, sensation d'une boule oppressive et suffocante qui remonte du bas-ventre dans la poitrine et au cou, etc. Les progrès de la maladie, l'accroissement du polype sont marqués par une exagération des phénomènes déjà indiqués et par d'autres qui s'y ajoutent. Il est des polypes qui n'ont que le volume d'une noisette et qui déjà peuvent être constatés par le toucher, parce qu'ils s'avancent vers le col de l'utérus à la faveur d'un pédicule suffisamment allongé. C'est ce qui arrive ordinairement à l'époque des règles, car souvent un peu plus tard le polype, moins gonflé ou flétri, rentre dans l'utérus qui se referme. M. Gerdy

a observé ces phénomènes sur une dame chez laquelle, dans tout autre moment, toute tentative de ligature eût été impossible.

Le plus petit polype peut causer assez de gêne pour rendre la marche et les promenades en voiture pénibles ou impossibles, pour rendre douloureux le coït, troubler le sommeil, la digestion et les autres fonctions principales. « Parvenu à un volume beaucoup plus considérable, le polype peut rester enfermé dans l'utérus qu'il irrite, et il dilate alors la matrice et le ventre comme la grossesse qu'il simule. Le sentiment de pesanteur et les écoulements qu'il cause deviennent plus considérables. Il presse le rectum, détermine des envies d'aller à la selle et gêne l'excrétion des matières fécales. Il presse la vessie, sollicite l'émission des urines et la gêne quelquefois en même temps, par la compression du col de la vessie. Il cause des coliques, des douleurs de reins, des tiraillements aux aines, de l'engorgement aux pieds, aux jambes et aux cuisses, quelquefois des varices comme dans la grossesse. Les symptômes généraux augmentent et s'aggravent, les membres s'infiltrent, une ascite survient, la fièvre hectique affaiblit la malade qui succombe enfin épuisée.

» D'autres fois, la marche des polypes se modifie d'une manière favorable, et loin que les symptômes s'aggravent, ils restent stationnaires ou diminuent, et simulent à s'y méprendre les phénomènes de la grossesse. Mais plus tard, soit que le polype, faisant de nouveaux progrès, ouvre le col de l'utérus de manière à ce qu'on puisse le sentir avec le doigt, à travers cet organe, soit que la malade fasse tout à coup un violent effort ou une chute, soit qu'elle se trouve prise de coliques qui annoncent des contractions utérines violentes et s'accompagnent d'efforts irrésistibles, semblables à ceux de l'accouchement, le polype s'échappe de l'utérus. Parvenu dans le vagin, le polype moins pressé semble quelquefois se gonfler davantage, il comprime plus encore qu'auparavant le col de la vessie, le rectum, et c'est alors surtout qu'il en gêne les fonctions. Enfin, au bout d'un temps variable, le polype se présente à la vulve, soit par suite d'un effort, soit spontanément, et la franchit peu à peu ou brusquement, et met au jour une tumeur qui a tous les caractères que nous avons exposés plus haut.

» Le polype saillant et pendant entre les cuisses, les frottements, l'écoulement des urines l'irritent, l'enflamment, et il s'ulcère. L'utérus s'abaisse, et quelquefois se renverse. Cependant les écoulements puriformes et sanguins continuent; le polype lui-même verse du sang; quelquefois c'est à l'époque des règles, et alors il peut arriver que, dégorgé par cet écoulement, il remonte en partie ou en totalité dans le vagin. La malade se plaint de tiraillements insupportables aux aines, les écoulements auxquels elle est en proie, l'affaiblissent chaque jour davantage; la fièvre la mine, ses membres s'infiltrent, et elle succombe enfin d'épuisement et de douleurs.

» D'autres fois, avant de conduire la malade au tombeau, le polype s'allonge de plus en plus par son pédicule, et descend très-bas entre les cuisses. Dans quelques cas f. vorables, le polype est réductible, et peut être soutenu dans le vagin sans beaucoup d'incommodités. (Vater, *Disp. chir.*, *in Hallerio*, t. III, *ad finem;* Herbiniaux, t. II, p. 47; Mme Boivin, t. I, p. 348.) Alors il n'empêche pas toujours la fécondation, la grossesse et l'accouchement comme on en trouve de nombreux exemples dans les auteurs, quoique généralement il cause l'avortement, et même un avortement grave.

» D'autres fois, enfin, le pédicule du polype s'allonge tellement, dès que la tumeur a franchi l'utérus ou la vulve, qu'il se rompt et que la malade en est débarrassée spontanément. Cette terminaison heureuse n'arrive que lorsque le pédicule est membraneux ou très-grêle.

» Dans certains cas, les polypes dégénèrent avant de sortir, ou seulement après avoir franchi l'ouverture de l'utérus.

» Tantôt ils se ramollissent, dégénèrent en polypes lardacés, et ensuite, en se ramollissant davantage, ils dégénèrent en une matière blanche, pulpeuse et homogène ou en une matière blanche et rougeâtre, semblable au cerveau des jeunes enfants, ce qui constitue le cancer encé-

phaloïde. Quelquefois, parvenus à ce point, ils s'ulcèrent et suppurent, mais alors, et lors même qu'ils ne suppurent pas, il se développe une multitude de phénomènes graves qui annoncent leur dégénération. Ce sont particulièrement des écoulements sanieux, d'une fétidité remarquable et souvent mêlés de sang. Ce sont des infiltrations des membres abdominaux et des symptômes d'adynamie, qu'on a quelquefois expliqués par la résorption purulente.

» Tantôt les polypes dégénèrent de la même manière, mais c'est à la suite d'une inflammation du péritoine, de l'utérus ou de sa membrane. Mais, dit M. Dupuytren (*Leçons orales*), ce qui distingue les effets de ces deux ordres de causes, c'est que la dégénérescence, que j'appellerai spontanée, procède du centre vers la circonférence, tandis que celle qui est le produit de l'inflammation, commence à la périphérie, et gagne toute la profondeur de la tumeur. » (Gerdy, *loc. cit.*).

Tantôt les polypes deviennent cartilagineux, osseux ou pierreux. Ce sont, généralement, des dégénérations semblables à ces dernières, qui sont décrites dans les anciens auteurs et dans le mémoire de Louis, sous le nom de pierres de l'utérus. Voyez notre article *Corps étrangers de la matrice*.

Enfin, soit que les polypes aient déjà, ou n'aient point encore dégénéré en substance lardacée ou en cancer, ils peuvent être frappés de gangrène dans une partie ou dans la totalité de leur étendue, et dans ce cas, suivant les observations de Dupuytren, c'est d'abord vers le sommet que commence la gangrène. Alors ils exhalent une horrible fétidité et une odeur de gangrène insupportable, par les écoulements sanieux qui les accompagnent; la constitution générale s'altère, le teint devient jaune paille, il se développe une fièvre continue; les malades, déjà amaigries, maigrissent plus rapidement encore; et la mort est imminente.

Avant d'examiner les phénomènes et la marche des polypes de l'utérus selon qu'ils se trouvent dans le corps ou dans le col, citons des exemples de chute spontanée de ces corps.

Obs. 7e. Une femme éprouvait des pertes tantôt en rouge, tantôt en blanc, avec affaissement et marasme, un chirurgien reconnaît l'existence d'un corps en putréfaction à l'entrée du vagin. Ce corps se détache dans la nuit, on croyait que c'était l'utérus; mais Levret, qui l'examina, n'y trouva aucune cavité, c'était une masse arrondie du volume du poing. Elle était d'une couleur de feuilles mortes intérieurement, exhalant une odeur fétide. Il y avait un point comme frangé et considérablement endommagé par la pourriture. Selon Levret, c'était là le point qui avait été serré par la matrice. (Levret, p. 40, et Gerdy, p. 48).

Obs. 8e. Madame Boivin a rapporté plusieurs exemples de chute spontanée des polypes. Dans un cas, il s'agit d'une domestique de quarante-neuf ans, qui entra à la maison de santé, dans le service de M. le professeur Duméril. Elle avait depuis huit jours, une perte excessive, et présentait, dans le vagin, une tumeur énorme d'aspect cancéreux. Cette tumeur se détruisit peu à peu par gangrène, et la malade, parfaitement guérie, se portait encore très-bien au bout de plusieurs années. (Boivin et Dugès, t. I.)

Voici ce que M. Velpeau dit sur la chute spontanée des polypes utérins : « Lorsque les polypes fibreux se sont fait jour à travers le col de la matrice, ils subissent une sorte d'étranglement qui va quelquefois jusqu'à en produire la séparation. Levret a rapporté deux exemples observés par Mercadier et par Louis. Mauriceau, Ruysch, Hoffmann, et, avant eux, M. Donatus et Rhodion, en avaient indiqué de semblables. Vacoussin, Gooch, M. Hue, M. Hervez de Chegoin, en ont également cité des observations. Il m'est arrivé, de mon côté, d'en voir un céder brusquement aux efforts assez légers que je faisais pour l'amener à la vulve. Enfin, M. Griffith, M. Guillon disent avoir obtenu le même résultat du seigle ergoté.

» C'est cette chute de certains polypes, qui aura donné l'idée de la méthode de l'arrachement, déjà mise en usage par Dionis, Juncker, Heister, et que Lapeyronie, Boudou, n'ont pas craint de proposer formellement. » (Velpeau, *Méd. opér.*, t. IV, deuxième édit., p. 184.)

Pour étudier convenablement les phénomènes et la marche des polypes, soit du nez, soit de l'utérus, on pourrait les diviser comme M. Vidal, en 1° *polypes latents*, ceux qui ne peuvent être constatés directement par nos sens; 2° *polypes flottants*, constatés directement dans les cavités qu'ils occupent, mais qu'ils ne remplissent pas entièrement, ce qui permet de les mobiliser, de les faire flotter; 3° *polypes oblitérants*. Ils remplissent et oblitèrent les cavités et ne peuvent plus être mobilisés; 4° *Polypes envahissants;* après avoir rempli les cavités qu'ils ont d'abord occupées, les polypes en se développant, compriment, envahissent les cavités voisines, compriment, détruisent même les organes voisins. Voyez l'application de cette division des polypes dans le quatrième volume de la *Pathologie* de M. Vidal. Voici d'ailleurs celle que cet auteur établit pour les polypes du corps de l'utérus :

1° *Polypes latents*. « Le toucher ne peut rien pour le diagnostic quand ils naissent à peine; mais s'il arrive qu'aucun trouble fonctionnel ne les décèle à cet état, il peut arriver aussi que leur apparition ou leur naissance soit annoncée par des écoulements leucorrhéiques, blanchâtres, jaunâtres, verdâtres et purulents ou puriformes, et par des hémorrhagies. J'ai déjà fait entendre qu'une hémorrhagie pouvait être la première cause d'un polype, et par conséquent elle le précéderait; ce serait le polype fibrineux qui aurait cette origine; mais on pourrait tout aussi bien dire que ces hémorrhagies étaient elles-mêmes le produit du travail de formation qui leur a donné naissance (Gerdy). Alors un sentiment de gêne, un poids et même une douleur dans le bas-ventre, viennent se joindre aux écoulements morbides. Parfois, des symptômes d'hystérie accompagnent les phénomènes indiqués.

2° *Polypes flottants*. » A mesure que le petit polype grossit, les symptômes se dessinent mieux, et d'autres s'y ajoutent. A peine a-t-il le volume d'une noisette, qu'on peut quelquefois le sentir au toucher; il faut, pour cela, que le pédicule soit suffisamment allongé. Ce petit polype peut cependant assez gêner pour rendre la marche et les promenades en voiture pénibles ou impossibles, empêcher ou rendre le coït douloureux, troubler le sommeil, la digestion, et allumer la fièvre.

3° *Polypes oblitérants*. » Parvenu à un volume beaucoup plus considérable, le polype reste quelquefois dans l'utérus, dont il interrompt la communication avec le vagin, et dilate cet organe, qui forme une tumeur simulant une grossesse.

4° *Polypes envahissants*. » Le sentiment de pesanteur et les écoulements se prononcent davantage. Le polype presse le rectum, détermine des envies d'aller à la selle et empêche, en même temps, la défécation. Il comprime la vessie, sollicite l'émission des urines, et cause, en même temps, une rétention par la compression du col de la vessie. Au lieu de se développer et de marcher du côté de la vulve, il presse surtout le pourtour du bassin; alors surviennent des douleurs de reins, des tiraillements aux aines, de l'engorgement aux pieds, aux jambes et aux cuisses, et des varices, comme dans la grossesse. Les symptômes généraux s'aggravent, les membres s'infiltrent; il se forme une ascite, et la fièvre hectique vient faire périr la malade d'épuisement.

Polypes de l'intérieur du col de la matrice. » Ils dilatent le col dès leur apparition; le toucher peut donc bien les reconnaître. Les phénomènes sont d'ailleurs les mêmes que ceux des polypes du corps de l'utérus; mais ils parviennent très-promptement dans le vagin. Ils suivent la marche des polypes de l'utérus; seulement ils ne peuvent renverser cet organe, et ne donnent pas lieu à des hémorrhagies aussi graves.

Polypes de l'ouverture du col de la matrice. » Dès leur naissance, ils font saillie sur le col; ils produisent les mêmes phénomènes que les précédents, lorsqu'ils sont parvenus dans le vagin, et suivent ensuite la même marche; ils ne renversent pas l'utérus; s'ils sont volumineux, ils peuvent l'abaisser. » (Vidal, de Cassis, *Traité de pathologie externe*, t. v, p. 818).

Nous reviendrons nécessairement sur ces polypes quand nous serons aux maladies du col de la matrice.

Diagnostic des polypes de la matrice. Ce que nous avons dit des phénomènes et de

la marche des polypes nous dispense d'entrer ici dans de longs détails.

Il est évident que quand les polypes sont renfermés dans l'utérus, leur diagnostic est extrêmement obscur. Ce diagnostic n'est même pas toujours facile quand les polypes sont volumineux, surtout si le col de l'utérus est fermé ; le polype est bien reconnu lorsque le col étant couvert, on peut le toucher du doigt et l'apercevoir au moyen du speculum, et même l'erreur ici est encore possible. Voyez ce que nous avons déjà dit à l'article *Erreurs de diagnostic*, pag. 230 et suiv. On trouvera dans cet article une infinité d'erreurs de ce genre, entre autres des polypes de l'utérus pris pour une hydropisie enkystée, des polypes pris pour des cancers de l'utérus ; une matrice extirpée en croyant que c'était un polype, etc., etc.

Pour constater le polype par le toucher, il faut circonscrire la tumeur, en reconnaître, s'il est possible, le pédicule. Ce que le doigt ne peut pas toujours faire dans l'utérus, une sonde de gomme élastique, garnie de son mandrin, peut quelquefois l'exécuter même sous les yeux, au moyen du speculum.

On ne se bornera jamais à ce que le diagnostic a de plus matériel : on devra s'aider beaucoup du raisonnement ; on devra surtout avoir présentes à la mémoire les maladies qui sont simulées par le polype, pour établir ce que l'on appelle un bon diagnostic différentiel.

« Les polypes utérins peuvent ressembler à la grossesse ; mais leur marche est moins rapide ; il leur faut beaucoup plus de temps pour développer l'utérus jusqu'à l'ombilic ou au delà, et, si l'erreur peut se prolonger quelques mois, elle ne durera pas longtemps. Néanmoins on a beaucoup d'exemples de ces erreurs ; pour n'en citer qu'un cas, je rappellerai celui que nous devons à un jeune confrère trop tôt moissonné par la faux de la mort (Dance, voyez *Arch. gén.*, t. XXI, p. 490).

» Les maladies qui peuvent en imposer pour un polype sont : 1° une tumeur fibreuse, osseuse ou pierreuse, non pédiculée, de l'utérus, saillante dans sa cavité, ou une môle ; mais alors, comme on ne pourra point y reconnaître de pédicule, il n'y aura rien à faire, et il ne résultera de cette inaction aucun danger pour la malade ; 2° le prolapsus de la matrice engorgée ou malade. Dans ce cas, le peu de profondeur du cul-de-sac vaginal, la présence de l'orifice utérin au sommet de la tumeur, suffiront le plus souvent pour lever toute incertitude. Si le col de la matrice était en même temps allongé, si son orifice était en même temps effacé, l'absence d'un véritable pédicule suffirait pour éclaircir le diagnostic ; 3° le renversement de l'utérus en a souvent imposé pour des polypes, et réciproquement, et alors, ou bien on ne retrouve plus la cavité vaginale autour de la tumeur, ou bien il y a encore un sillon plus ou moins profond autour de sa base. Mais, dans le renversement, en pratiquant le toucher par le rectum, on n'y sent plus le corps de l'utérus. » (Gerdy, *Mém. Des polypes et de leur traitement*, page 105).

Ces maladies qui viennent d'être indiquées ici par M. Gerdy, ont été suffisamment étudiées par nous au point de vue du diagnostic pour pouvoir nous permettre d'y renvoyer le lecteur.

Pronostic des polypes de la matrice. Pour étudier avec soin le pronostic de ces polypes, on aura égard à une foule de circonstances qui dépendent : 1° de l'âge de ces polypes, 2° de leur siége, 3° de leur forme, de l'état du pédicule, 4° de leur nature.

Ces polypes sont d'ordinaire peu graves dans les commencements de leur naissance. Quelquefois cependant ils sont accompagnés d'accidents, par exemple d'hémorrhagies sérieuses : il peut même arriver que l'hémorrhagie affaiblisse la malade et distende l'utérus, sans se montrer à l'extérieur, parce que l'orifice utérin est exactement bouché par l'excroissance polypeuse. En général, la gravité d'un polype est proportionnée à celle des accidents qu'il occasionne, et que nous avons signalés. Mais cette gravité est d'autant plus grande que nous pouvons moins agir en faveur de la malade ; ainsi les polypes renfermés dans l'utérus sont plus graves que ceux qui en sont sortis. Ceux qui ont un pédicule très-gros et volumineux recouvert par une épaisse couche de tissu de l'utérus, sont beaucoup plus graves que ceux qui sont sortis de sa cavité, et

ont un pédicule grêle et allongé; ceux qui ont dégénéré en cancer ou en gangrène sont d'une extrême gravité. Il n'en est pas de même de ceux qui sont devenus cartilagineux, osseux ou pierreux; ils sont moins graves (Gerdy, *Des polypes et de leur traitement*, p. 167).

Traitement des polypes de la matrice. La médication indirecte serait ici parfaitement impuissante. Nous ne savons vraiment ce qu'on gagnerait par des potions, des pilules, par des saignées, des révulsifs et autres moyens empruntés à la pharmacologie ou à la petite chirurgie. On pourrait tout au plus les invoquer pour calmer ou prévenir quelques accidents produits par les polypes; mais pour les polypes eux mêmes, on ne peut en débarrasser la malade qu'en employant les ressources de la médecine opératoire proprement dite.

La médecine opératoire doit imiter le plus souvent la nature. Comme celle-ci opère la chute, la destruction des polypes, nous devons aussi chercher à faire tomber les polypes ou à les détruire sur place. On fait tomber un polype plus ou moins rapidement, selon qu'on le coupe, qu'on l'arrache, qu'on le tord, qu'on le lie. C'est ce dernier procédé qui imite le mieux la nature.

On détruit un polype par la cautérisation, par l'écrasement. Ici c'est le premier procédé qui se rapproche le plus de celui de l'organisme qui procède par mortification.

Ligature. Elle a été pratiquée de mille manière différentes, et il n'est pas toujours facile de comprendre les auteurs des divers procédés. M. Vidal les réduit à deux principaux : 1° celui de Levret, 2° celui de Desault. « Celui-ci est toujours préféré. Pour l'exécuter, il faut deux canules : une simple qui a une ouverture à ses deux extrémités; l'extrémité externe porte deux anneaux; un fil parcourt cette canule et s'attache à un anneau; la canule contient un stylet qui se bifurque à l'extrémité utérine; chaque branche de ce stylet porte un demi-anneau. C'est entre ces deux branches qu'on passe le fil qui sort de l'extrémité utérine de la première canule; on tire le stylet dans la canule qui le contient; alors les deux demi-anneaux qui se regardaient par leur concavité se joignent et forment un anneau entier, un œil qui est par conséquent traversé par le fil. Les deux extrémités des canules, ainsi jointes par le fil, sont dirigées sur le pédicule du polype; le doigt indicateur de la main gauche peut aider ce premier temps de l'opération. Des deux canules parvenues au pédicule, une, celle à anneau, est tenue fixe par la main gauche; avec la main droite, on imprime à l'autre un mouvement qui fait tourner son extrémité utérine autour du pédicule, et comme elle entraîne avec elle le fil, celui-ci forme un anneau autour du pédicule du polype. Quand ce pédicule est ainsi entouré, et que les extrémités internes des deux canules se sont rejointes, on leur imprime un mouvement de rotation qui, communiqué aux deux bouts du fil, les tord. C'est alors qu'on ouvre l'œil du stylet en le poussant vers l'utérus. Un fil est alors dépassé, et il n'est pas difficile ensuite de se débarrasser de l'autre canule. Les deux fils étant libres, on les passe dans un serre-nœud. On peut choisir celui de Desault, ou bien on fait usage de celui à chapelet de M. Mayor.

» Au lieu de se servir des deux canules de Desault, on pourrait très-bien imiter M. Mayor qui se sert de deux tiges d'acier ou en baleine, terminées en pattes d'écrevisse. Elles représentent la canule à stylet de Desault. Le fil est passé dans chaque patte dont les dents restent fermées par leur élasticité : quand on veut détacher les fils, on tire sur eux, l'élasticité des deux dents étant vaincue, elles s'ouvrent et laissent échapper le fil.

» La ligature a des inconvénients et des dangers. D'abord elle est d'une application quelquefois très-difficile Quand elle est employée pour des polypes à pédicules larges, épais, son action est lente, elle peut donner lieu à une métrite très-grave, à une suppuration de mauvaise nature. D'ailleurs le polype ainsi étranglé tombe en mortification, se décompose, et les détritus, les humeurs qui s'en écouleront auront à traverser tout le vagin dans lequel elles pourront être plus ou moins retenues, puis résorbées. De là les accidents de la fièvre de résorption. Comme toutes les ligatures faites dans les envi-

rons du bassin, la ligature d'un polype de l'utérus peut donner lieu aux accidents de l'étranglement herniaire.

» D'ailleurs quelle est la crainte qui fait préférer la ligature à l'excision? c'est la crainte de l'hémorrhagie ; or, cet accident est très-rare, et, s'il se déclarait, on pourrait le dompter aujourd'hui mieux que jamais. En effet, que le polype soit implanté dans l'utérus, qu'il prenne racine sur son col, quand il nécessite une opération, il y a toujours plus ou moins de dilatation de ces parties. Eh bien! on peut en faire le tamponnement sans danger, et ce qui le prouve, c'est le tamponnement qu'on fait aujourd'hui dans le col, dans le corps même de l'utérus, pour certaines maladies de cet organe. Voyez ce que j'ai dit à l'occasion du traitement des ulcérations de l'utérus. » (Vidal de Cassis, *Traité de path. ext.*, t. v, p. 821).

C'est surtout la crainte de l'hémorrhagie qui a fait adopter la ligature. Elle a paru à certains auteurs d'une innocuité incontestable. Cependant elle a trouvé des opposants, surtout dans ces derniers temps, et cela parmi les chirurgiens d'un grand nom, par exemple Dupuytren. Voici les reproches qu'on lui adresse; nous les empruntons à MM. Gerdy et Velpeau qui les ont bien exposés :

« M. Dupuytren affirme (*Leç. oral.*) que la ligature déterminant un écoulement très-fétide, résultat de la mortification de la tumeur, donne lieu à un véritable empoisonnement par résorption de pus.

» La ligature est souvent très-douloureuse, lorsque le pédicule est composé d'une portion de tissu de l'utérus, qui forme une enveloppe à la tumeur. C'est pourquoi M. Hervez regarde comme une contre-indication à la ligature, la grosseur du pédicule, ou l'épaisseur encore trop considérable de l'enveloppe que lui fournit le tissu de l'utérus.

» La ligature détermine souvent des accidents graves, des vomissements, des douleurs violentes de l'abdomen, et une inflammation sourde du bas-ventre, soit avant, soit après la chute du lien. Il est évident que, dans un cas semblable, il faut se hâter de l'enlever; mais malheureusement il arrive quelquefois que la malade n'en meurt pas moins des suites de l'opération.

» Quoique la chute de la ligature soit ordinairement suivie d'une prompte cicatrisation, on l'a vue quelquefois suivie d'hémorrhagie; mais cela tenait propablement à ce qu'elle avait été appliquée sur des polypes fongueux. La ligature enfin est souvent rendue impossible par le volume du polype (1). » (Gerdy, *Traité des polypes et de leur traitement*, p. 172.)

Voici les réflexions de M. Velpeau :

« Avant d'étrangler un polype qui pend au dehors, il importe de remarquer que son pédicule pourrait être formé par le fond de l'utérus renversé, et qu'il peut être dangereux alors de placer le lien sur un point trop élevé de la tumeur. La décomposition d'un polype, dans les organes sexuels, entraîne parfois des accidents qu'on serait heureux de pouvoir éviter. Ainsi, l'odeur repoussante qui l'accompagne est fort désagréable pour la malade et les personnes qui l'entourent. Lorsque le polype est très-volumineux, et que la température est fort élevée, il peut réellement arriver que cette odeur soit insupportable. En outre, le putrilage qui en résulte, irrite le vagin et la vulve, peut, s'il s'en fait une résorption, donner lieu à une infection générale, une fièvre de mauvais caractère. S'il n'est pas possible d'amener la tumeur au dehors, il faut bien s'en tenir, pour combattre ces inconvénients, aux moyens de propreté ordinaires, aux injections simples avec l'eau de guimauve ou d'orge miellée, aux injections avec la décoction de kina, ou mieux avec les solutions de chlorures alcalins; mais quand le pédicule est très-abaissé, ou qu'à l'aide de tractions modérées on peut le faire descendre sans causer beaucoup de douleurs, il est plus expéditif, et certainement moins dangereux, d'exciser toute la masse au-dessous de la ligature, que de l'abandonner à elle-même. Opérant de la sorte après s'être servi du forceps pour abaisser un polype du poids de deux livres et demie chez une femme âgée de quarante et un ans, M. Demazières, de Bergues, a parfaitement réussi. » Après ces réflexions M. Vel-

(1) Dupuytren, Leç. oral.

peau étudie l'action, le mécanisme de la ligature.

« Levret, dit-il, a soutenu qu'après la ligature la mortification se prolonge jusqu'à l'union du polype avec la matrice, bien que la constriction soit exercée un peu plus bas, et que ces tumeurs, une fois étranglées, se détachent à peu près toujours dans le même point, comme le fait le cordon ombilical à la naissance, quel que soit le lieu où la ligature ait été faite. Cette doctrine paraît dangereuse à Boyer. En effet, si elle était fausse, elle pourrait entraîner de fâcheuses conséquences pratiques. En l'adoptant, il importerait peu d'arrêter le fil exactement sur la partie inférieure du pédicule ou à quelque distance au-dessous. Or, comme il est ordinairement plus facile de l'appliquer plus bas que plus haut; comme, en outre, quelques personnes pourraient craindre, en l'élevant, d'atteindre quelque parcelle de tissu de la matrice, la ligature serait fréquemment appliquée de manière à laisser une partie du polype dans les organes. D'un autre côté, s'il est vrai, comme l'affirme Boyer, que la vie ne cesse dans la tumeur qu'à partir du lien dont on l'a embrassée, ce lien devra toujours être conduit, si on ne veut pas s'exposer à la récidive, sur le point le plus élevé de la production morbide. L'opinion de Levret repose sur des faits. M. Gensoul l'a défendue en l'appuyant d'observations. Elle n'a d'ailleurs rien de contraire à ce qu'on sait des lois de l'organisme, qui ne puisse être comparé à ce qu'on observe lors de la séparation du cordon ombilical. Le tout est de s'entendre sur ce point. Les polypes muqueux, les polypes où viennent se distribuer de nombreux vaisseaux, qui se continuent d'une manière évidente avec le tissu même de l'utérus, ne s'accommoderaient pas de la théorie de Levret, laquelle ne me paraît applicable qu'à ceux qui forment de véritables corps étrangers au sein des organes, ou bien encore aux polypes purement fibreux où lardacés, dépourvus de système vasculaire appréciable.

» J'ai vu plus d'un pouce de la racine d'un polype fibreux tomber longtemps après la chute du fil, et se putréfier bien au delà de son excision dans deux autres cas. Ce phénomène est d'autant moins surprenant, que certains polypes se dissolvent, et finissent par disparaître spontanément dans la matrice. Un corps fibreux, du volume d'une noix, dont j'avais constaté l'existence dans le col de l'utérus, ne fut plus retrouvé au bout de six mois, quoique rien n'eût été expulsé des organes génitaux. Si on objectait que là j'ai pu me tromper, j'ajouterais que chez une femme, entrée à la Charité en août 1838, pour se faire opérer, le polype disparut par degré sous nos yeux, et que, la malade étant morte de péritonite, l'autopsie du cadavre permit d'en retrouver la racine dans le corps même de l'utérus. Dugès et madame Boivin ont d'ailleurs observé des faits semblables. » (Velpeau, *Médecine opérat.*, t. IV, 2e éd., p. 391.)

Quelle que soit la théorie qu'on adopte sur la marche suivie par la nature pour détacher les polypes liés, il est parfaitement établi que les accidents à la suite de la ligature sont plus fréquents qu'après l'excision. En effet, après cette dernière opération, on ne craint que l'hémorrhagie, tandis qu'après la ligature, on a plusieurs accidents à craindre comme nous l'avons déjà établi.

Il est cependant des cas où on doit craindre l'hémorrhagie, soit par la nature du polype, soit par la composition de son pédicule qui peut être très-vasculaire. Mais ces hémorrhagies sont extrêmement rares, puisque M. Velpeau, en 1839, avait déjà fait vingt opérations avec l'instrument tranchant, et il n'avait pas observé une seule fois cet accident. Si on avait des raisons de la redouter beaucoup, on pourrait combiner la ligature avec l'excision, comme M. Hervez de Chegoin l'a conseillé. Selon nous, on pourrait alors procéder de plusieurs manières : on pourrait lier le pédicule et exciser le polype au-dessous de la ligature, comme on le fait pour certaines tumeurs qu'on veut extirper au creux axillaire, lesquelles ont des rapports qui font craindre l'hémorrhagie. Mais ce procédé ne mettrait pas la malade à l'abri des accidents qui sont inhérents à l'étranglement d'une partie ayant des rapports directs avec l'abdomen. L'excision opérée, même

immédiatement après l'application de la ligature, n'aurait pour avantage que de débarrasser les parties génitales du corps du polype, et d'éviter sa décomposition et ses accidents de résorption, que nous avons déjà signalés surtout d'après Dupuytren, MM. Gerdy et Velpeau. Au lieu de faire une ligature permanente, au lieu de la laisser jusqu'à la section du pédicule qu'elle étreint, cette ligature pourrait n'être que temporaire. Après quelques jours de son application, on pourrait exciser le polype et couper le lien qui étreint son pédicule, dont les vaisseaux seraient alors oblitérés; on ne craindrait pas ainsi l'hémorrhagie; ce serait là une opération en plusieurs temps, qui se rallierait aux principes établis par M. Vidal. Mais, même avec ces modifications, la ligature maintenant ne peut être considérée que comme une méthode exceptionnelle.

Excision. Nous avons déjà dit que c'était surtout la crainte de l'hémorrhagie qui faisait préférer la ligature, conseillée particulièrement par les chirurgiens du siècle dernier. Les anciens étaient plus hardis, car ils pratiquaient souvent l'excision des polypes génitaux. Philotenus, Aetius, Moschion, etc., entendaient évidemment parler de cette méthode, quand ils disaient d'enlever les excroissances variqueuses ou hémorrhoïdales de l'utérus, avec l'instrument tranchant. F. d'Aquapendente même se servait de tenettes dont l'extrémité représentait des ciseaux. Il évitait ainsi d'attirer préalablement le polype à l'extérieur. Quelques auteurs l'avaient rappelée à l'attention des praticiens. Ainsi Tulpius (1), Water et Fronton, cité par Levret, rapportent des succès. Cependant la crainte de l'hémorrhagie étant toujours présente à l'esprit des praticiens, l'excision inspire encore des préventions.

Boyer ne paraît pas éloigné de lui accorder la préférence. Cependant il se tient en réserve quand il s'agit de la conseiller comme méthode générale. Ses plus forts antagonistes ne lui reprochent pas seulement d'exposer à l'hémorrhagie, mais encore aux blessures du rectum, de la vessie, du vagin et de la matrice même. La question de l'inflammation consécutive s'est aussi présentée à beaucoup de chirurgiens, qui ont craint d'enflammer ainsi l'organe gestateur, ou de donner lieu à une ulcération profonde et d'une cure difficile.

« Les recherches, les dissections, dit M. Velpeau, que j'ai pu faire, d'accord avec celles auxquelles s'est livré M. Hervez de Chegoin, m'ont démontré que les corps fibreux proprement dits, peuvent être excisés sans le moindre inconvénient. Jamais, en effet, ils ne tiennent à la matrice par un pédicule garni de vaisseaux volumineux. La couche, ordinairement très-mince, de l'utérus qui leur sert de coiffe, est réduite à une simple coque qu'il suffit d'inciser, pour que leur énucléation puisse être facilement terminée ou avec les doigts ou avec le manche d'un scalpel, comme s'il s'agissait d'un lipôme ou d'un kyste sous-cutané. Quant aux tumeurs homogènes, dures, grisâtres, qui se continuent avec le tissu de la matrice, la section de leur pédicule n'est pas non plus de nature à faire naître une perte de sang bien redoutable, si j'en juge du moins par celles que j'ai rencontrées sur le cadavre, ou que j'ai eu l'occasion d'enlever sur la femme vivante. Je ne vois pas, en troisième lieu, que les masses fibreuses par hypertrophie partielle de l'organe soient capables de justifier la moindre crainte sous ce rapport. Il est difficile de croire aussi que la destruction avec l'instrument tranchant des petites tumeurs muqueuses, mollasses, signalées par M. Bérard, et que j'ai plusieurs fois extirpées avec succès, non plus que de toute autre production polypeuse susceptible d'être attaquée par la ligature, rende en réalité cet accident bien redoutable. Il n'y a donc, en définitive, que les végétations rougeâtres, saignantes, quelquefois douloureuses, rarement pédiculées, qui pourraient repousser l'excision; mais la ligature ne leur va guère mieux, car il convient de les ranger parmi les affections malheureuses dont rien ne triomphe et auxquelles on ne peut que trop justement appliquer l'épithète de *noli me tangere*.

» Dupuytren excisait toutes les tumeurs polypeuses utérines qu'il était appelé à traiter, et une seule fois l'écoulement du sang lui a paru nécessiter quelques

(1) Bonet, Corps de méd., t. IV, p. 29, 31.

soins particuliers. M. Hervez de Chegoin rapporte de nombreux faits tout aussi concluants. M. Villeneuve, M. Lejeune et une foule d'autres praticiens, ont fait connaître, de leur côté, différentes opérations du même genre, qui n'ont pas été moins heureuses. En Allemagne, MM. Siebold et Mayer ont publié un travail qui prouve que l'excision, depuis longtemps adoptée par eux dans les hôpitaux de Vienne, leur a fourni les plus remarquables succès. Enfin, je me permettrai d'ajouter que de vingt opérations de polype que j'ai eu occasion de faire, jusqu'ici (avril 1839), avec l'instrument tranchant, aucune n'a causé la moindre hémorrhagie inquiétante. » (*Loc. cit.*)

Nous avons déjà rappelé ce résultat de la pratique de M. Velpeau, quand nous avons traité de la ligature et de ses inconvénients; maintenant voici la description du *Manuel opératoire*, d'après ce professeur :

« L'appareil se réduit à une longue pince de Museux, un bistouri ordinaire ou un simple scalpel, de la charpie, quelques préparations astringentes en cas de besoin, et du linge comme pour les autres opérations sanglantes. Si la tumeur offrait un grand volume, d'autres instruments pourraient néanmoins devenir nécessaires; tels seraient, par exemple, un forceps, des crochets aigus, ou, comme je l'ai fait quelquefois, de longues et fortes érignes doubles, un peu courbées, pour s'accommoder à la forme des parties.

» Dans les cas ordinaires, la main droite introduit les pinces fermées dans le vagin, et ne les ouvre pour embrasser la tumeur qu'autant que les doigts de la main gauche en protégent, en dirigent les crochets. Par des tractions légères, bien entendues, on abaisse ensuite peu à peu la production morbide. Si la mobilité de l'utérus permet d'en amener facilement le pédicule, la section s'en fait ensuite avec facilité au moyen d'un instrument tranchant quelconque, pendant qu'un aide tient les lèvres de la vulve soigneusement écartées. Lorsque le polype résiste, au contraire, il faut, sans lui permettre de remonter, qu'avec la pointe d'un bistouri droit le chirurgien aille le diviser à sa partie la plus rétrécie, en suivant toujours l'instrument avec les doigts de la main gauche restés dans le vagin. Chez une jeune dame, j'eus à opérer un polype gros comme un œuf de dinde, qui s'insérait à l'intérieur du col, et qui, une fois engagé dans la vulve, sembla ne plus vouloir descendre. Pendant que M. Cottereau, médecin de la malade, le retenait dans le détroit pelvien, j'introduisis l'indicateur et le médius de la main gauche vers le museau de tanche; puis, de la main droite, je fis glisser entre le polype et mes doigts, jusqu'au haut du vagin, un bistouri garni, avec lequel il me fut aisé de détacher la tumeur. Pas une goutte de sang ne s'écoula, et cette dame aurait pu reprendre ses occupations habituelles dès le troisième jour.

» Si le polype empêchait, par son volume, de se comporter ainsi, le bistouri un peu courbe sur le plat ou des ciseaux de même forme devraient être employés. Dans le cas où il paraîtrait dangereux d'exercer des tractions sur la matrice, l'espèce de forceps, terminé par une extrémité fortement recourbée, un peu échancrée, rendue tranchante comme les tenettes de J. Fabrice, forceps dont Lobstein a fait plus d'une fois usage, serait une ressource précieuse. C'est dans la même intention que M. Mayer a imaginé de longs et forts ciseaux courbés en S, avec lesquels il va détacher la tumeur, à quelque hauteur qu'elle se trouve. Toutefois, les ciseaux également longs et très-forts, qu'employaient Boyer, Dupuytren, et qui n'offrent qu'une simple concavité sur l'une des faces de leurs lames, rempliraient le même but tout aussi facilement. Ils ont d'ailleurs un autre usage, c'est celui de détacher peu à peu le polype des parois du vagin, quand il a contracté des adhérences nouvelles, avant de l'abaisser et d'aller en diviser le pédicule, comme il eût fallu le faire dans le cas observé par M. Bérard (1), puisqu'ici la tumeur était fixée sur le vagin par une de ses racines, et dans l'utérus par l'autre. » (*Loc. cit.*)

Ici, nous supprimons un passage de M. Velpeau, où le procédé pour l'extirpation des corps fibreux est indiqué. (Voy. notre article *Corps fibreux*.

(1) Arch. gén. de méd., t. II, p. 88.

Voici un cas remarquable d'excision cité par l'auteur de la description que nous venons de donner.

Obs. 3e. « Je fus appelé par M. Demazières, à Bergues, près d'une femme affectée d'une tumeur fibreuse énorme de la matrice, tumeur qui faisait saillie au-dessus des pubis, et remplissait le vagin. Quoique résistante et très-élastique, elle se laissait tellement déprimer, que les cuillers du forceps tendaient continuellement à glisser, soit en avant, soit en arrière. J'aimai mieux en embrasser le sommet avec de longues pinces de Museux, puis conduire au-dessus de sa portion la plus épaisse, deux fortes érignes à doubles crochets, une de chaque côté, et les enfoncer profondément dans son tissu. Ainsi saisie par quatre points à la fois, des tractions méthodiques l'amenèrent peu à peu dans le détroit inférieur. Le périnée, qu'il fallut inciser en arrière, résista longtemps, mais, enfin, l'indicateur m'indiquant que le pédicule du polype était fortement tendu, je glissai sur lui un bistouri droit, garni de linge, et une incision de quelques lignes suffit pour permettre à l'élasticité des parties, de terminer l'opération. Aucune hémorrhagie n'eut lieu, et malgré l'état de marasme, d'épuisement, où la malade avait été réduite, sa santé s'est complétement rétablie. J'ai opéré avec le même succès dans un cas tout à fait semblable, une malade de M. E. Moulin, Chez une autre femme, rien ne pouvait amener le polype au dehors, tant il était volumineux. M. Chassaignac me donna l'idée d'en enlever une tranche épaisse comme une côte de melon. L'ayant ensuite abaissé, je le détachai comme dans les cas précédents. » (Velpeau, *Médec. opérat.*, t. IV.)

Torsion et arrachement. — Ces deux procédés peuvent être décrits ensemble. C'est l'analogie qui a conduit M. Récamier à employer pour les polypes de l'utérus, la torsion qui est souvent employée pour extraire les polypes du nez. Mais il faudrait employer ce procédé, quand les polypes sont comme ceux du nez. Alors même la torsion se réduit en dernière analyse à l'arrachement.

La torsion a été appliquée aux polypes fibreux par Boudou, et en deux ou trois occasions par Dupuytren. Elle consiste à tordre doucement et toujours dans le même sens le pédicule du polype, ce qu'on peut faire avec les doigts indicateur et médius de chaque main, introduits dans le vagin ; il faut alors que ce pédicule soit très-bas. En 1752, on conseilla dans une thèse, de saisir d'abord le pédicule avec des pinces ou des tenettes, pour empêcher la torsion de se communiquer à l'utérus.

« C'est une méthode purement exceptionnelle, et qui ne convient que dans les cas où le pédicule est si grêle et si mince qu'un faible effort doit suffire pour le déchirer. » (Malgaigne, *Manuel de Médec. opér.*, 4e édit., p. 726.)

L'arrachement proprement dit ne peut guère aussi s'appliquer qu'à certains polypes. M. Récamier l'a pratiqué pour un polype mou et vasculaire, placé dans la cavité du col utérin. Voici sa manœuvre : Un aide comprima l'hypogastre pour abaisser la matrice ; l'opérateur saisit la tumeur avec des pinces à polype qui étaient dirigées par le doigt indicateur. La première idée de M. Récamier, était de pratiquer la torsion ; mais le polype se déchira, et il n'en retira qu'un lambeau. Il introduisit de nouveau une pince, et saisit les débris du polype entre cet instrument et le doigt ; en sept ou huit reprises, il put arracher tout le polype. L'opération dura huit minutes ; il y eut des symptômes de métro-péritonite qui disparurent par un traitement convenable.

Broiement. Il est dû également à M. Récamier. Ayant affaire à un polype mou et vasculaire du col utérin, il le pressa contre la paroi du col avec le doigt indicateur, le réduisit en pulpe, et l'amena ainsi au dehors en deux minutes. Le polype était du volume du gros orteil. Il n'y eut point d'hémorrhagie et guère plus de douleurs que dans le toucher ordinaire ; la femme fut guérie en quelques jours.

« Le broiement ne saurait convenir que pour certains polypes. Ainsi, M. Récamier ayant voulu l'employer pour un polype fibreux, fut obligé d'y renoncer. Toutefois, quand ces polypes ont subi un certain degré de ramollissement, on a recours avec succès au forceps pour diminuer leur volume ; mais ce n'est qu'un

moyen auxiliaire, et non une méthode opératoire.

» Dupuytren et M. Récamier l'ont pratiqué une fois. Le polype était renfermé dans l'utérus et ne voulait pas descendre, malgré l'incision du col, malgré la traction des érignes, qui ne réussissaient qu'à le déchirer.

» Dupuytren le broya impitoyablement avec les érignes et les doigts; puis quand il fut las, M. Récamier prit sa place et réduisit enfin la tumeur en filasse, dont les filaments glissaient entre les mors de la pince. Il ne survint pas d'accidents; les débris s'en allèrent avec la suppuration, et la guérison s'ensuivit. » (Malgaigne, *Manuel de Méd. opér.*)

Cautérisation. — Conseillée par les anciens, à peu près oubliée par les modernes, elle pourrait encore être appliquée aux polypes des deux premières classes. On peut attaquer les polypes vésiculaires avec le nitrate d'argent; les autres et surtout les polypes vivaces, avec le fer rouge, la potasse, le nitrate acide de mercure. Nous savons que M. Vidal détruit des végétations énormes avec le caustique de Vienne solidifié. Cette cautérisation qu'il pratique à l'hôpital du Midi, sur les végétations de la verge, il l'a mise en pratique en ville pour détruire un polype du col de l'utérus, polype du volume d'une cerise. On comprend que le caustique solidifié détruit avec une grande promptitude, et son action peut être par cette préparation très-bien dirigée et parfaitement limitée. Cette manière de cautériser les polypes, qui appartient à M. Vidal, est de nature à faire réfléchir même ceux qui se sont le plus ouvertement prononcé contre la cautérisation.

ARTICLE XXIV.

Cancer de la matrice.

Il est certain que plusieurs points de l'histoire du cancer de la matrice, sont parfaitement élucidés, et ici, comme pour la plupart des maladies des parties génitales de la femme, nous devons beaucoup aux modernes, et, parmi ceux-ci, ce sont les Français à qui revient la plus grande partie de la gloire. Il est évident, en effet, que les véritables progrès partent de Bayle, de Dupuytren, et des élèves les plus directs de ces deux grands maîtres. Malgré tous ces progrès que nous ne sommes pas disposés à contester, que nous chercherons à constater, malgré toutes ces lumières, il est cependant peu de praticiens qui se fassent une idée parfaitement nette de la lésion appelée cancer de l'utérus.

C'est certainement de l'anatomie pathologique que viennent les lumières, quand il s'agit d'étudier le *corps* de la maladie. Hé bien, à cette source de certitude nous ne trouvons quelquefois que le doute. Tantôt nous rencontrons une matière squirrheuse, d'autres fois une matière comme le cerveau d'un jeune enfant; c'est quelquefois l'une et l'autre; de l'induration, du ramollissement, puis avec l'ulcération ou auprès de la destruction une exubérance cellulo-vasculaire. Toutes ces altérations sont parfois combinées diversement et dans des proportions indéfinies. Si on entre dans la partie réellement pathologique de l'histoire du cancer utérin, on trouvera bien d'autres incertitudes, d'autres irrégularités. Auprès d'un cancer à marche des plus aiguës, on pourra observer un cancer qui demeurera des années entières en état de tolérance; à côté d'un cancer des moins apparents et des plus douloureux, on pourra observer un cancer qui a envahi toute la matrice et qui en a détruit une partie, sans avoir modifié notablement la sensibilité !

Ces diversités, en apparence si choquantes, dans l'histoire du cancer utérin, doivent nous faire penser qu'on a décrit souvent des maladies différentes sous le nom de cancer. C'est ce qui nous conduira à décrire le cancer, non-seulement d'une manière synthétique, mais aussi par le procédé analytique. C'est-à-dire qu'après avoir généralisé les connaissances que nous pouvons avoir sur cette grave maladie, nous en viendrons à opérer des distinctions, à créer des espèces. En agissant ainsi, nous nous exposons, il est vrai, à quelques répétitions impossibles à éviter; mais, comme nous écrivons surtout pour les praticiens, cet inconvénient, que nous amoindrirons le plus possible, sera très-avantageusement racheté par l'avantage de voir les questions sous une infinité de faces. En montrant le plus de

faits possible et par le plus de côtés possible, nous fournirons au lecteur un moyen de plus d'instruction et un moyen de juger les opinions que nous émettons.

§ 1. Cancer de la matrice, en général.

M. Duparcque a bien compris ce que nous venons de dire, et ne trouvant pas que le terme cancer de l'utérus embrasse assez de lésions, il appelle toutes les dégénérescences malignes de l'utérus *affections cancéreuses*, ce qui n'est, au fond, ni plus ni moins vague que la désignation ordinaire. Quoi qu'il en soit de la valeur de la dénomination de M. Duparcque, il divise les *affections cancéreuses* en des catégories que nous ferons connaître plus tard.

Ce que nous venons de dire fait entrevoir les difficultés qu'on rencontrerait si on voulait donner une définition réellement logique du cancer utérin. Au lieu d'entreprendre une tâche aussi difficile, nous transcrirons ici la définition de Dugès et madame Boivin. Pour compléter cette définition, pour la rendre fructueuse, nous la ferons suivre de ce que disent les mêmes auteurs sur la structure du cancer. C'est alors seulement, c'est-à-dire quand on aura une idée du corps de la maladie, que nous entreprendrons la pathologie. Voici cette définition : *Nous appellerons génériquement cancéreuse, toute affection qui, changeant dans sa trame même la texture de la matrice, tend naturellement à s'accroître, à se propager à son pourtour, et à se détruire par ulcération dans son centre.* Qu'il y ait ou non dépôt d'une matière nouvelle dans les mailles, dans les interstices du tissu primitif de l'organe; que cette matière soit de telle ou telle apparence, que la dégénérescence s'entoure ou non d'une barrière membraneuse, d'un kyste, comme on l'appelle, cette définition n'en est pas moins vraie à notre avis, toutes les fois qu'il existe un véritable cancer, c'est-à-dire, pour compléter la définition, une maladie qui, après avoir causé localement les désordres ci-dessus mentionnés, ne manquera pas de les répéter dans quelque autre organe, ou du moins de donner naissance à une infection générale, dont le tableau sera tracé plus loin, et qu'on a nommée diathèse cancéreuse. C'est, en effet, la conclusion pour ainsi dire obligée de toutes ces altérations qui ont reçu des noms si divers, soit que des auteurs différents aient qualifié diversement les mêmes objets, soit qu'ils aient appliqué leurs dénominations à des formes en réalité distinctes (Boivin et Dugès, t. II).

En admettant sous le scalpel une grande différence entre le squirrhe et l'encéphaloïde; en convenant même « qu'il peut y avoir de très-réelles particularités à rattacher à chacun d'eux, relativement à la marche du mal et parfois à son diagnostic, comme ces particularités ne nous semblent que des degrés dans la rapidité de l'extension et de la destruction, dans la consistance des tumeurs, etc.; nous ne les prendrons point pour base de nos divisions. » Madame Boivin propose alors une autre division qu'elle cherche à justifier : 1° *cancer ulcéreux*, 2° *cancer tubéreux*. C'est surtout sur l'histoire de la première espèce qu'elle donne des développements.

Que le *cancer ulcéreux* soit primitivement ulcéreux, ou qu'il soit le deuxième degré du squirrheux, du cérébriforme, peu nous importe; il a ses signes, son pronostic, son traitement à lui, et il en est de même du cancer fongueux ou végétant, du cancer hématode. Nous nous étendrons sur ces espèces, dans le deuxième paragraphe de cet article.

Voici ce que madame Boivin entend par *cancer tubéreux* : Toute tuméfaction partielle ou générale de l'utérus, due à une altération de texture non susceptible de résolution, et devant nécessairement s'étendre et s'ulcérer, si l'art ne parvient à faire disparaître les tissus affectés.

Anatomie pathologique. Nous allons les emprunter à Dugès et madame Boivin Nous reviendrons d'ailleurs sur cette anatomie pathologique, car nous avons beaucoup à prendre dans Bayle. Or, on sait tout ce qu'on lui doit sous ce rapport. Comme nous l'avons déjà dit, nous n'entreprendrions pas fructueusement l'histoire de la maladie que nous avons à faire connaître, si nous ne donnions pas d'abord une idée de son *corps*.

« Il semble que certains écrivains, trompés, comme le vulgaire, par l'expression métaphorique que nos ancêtres attachaient à cette maladie, aient voulu la considérer comme un animal parasite; il en est qui, plus raisonnablement, se sont contentés d'attribuer à quelque animalcule sa première origine, mais non ses développements ultérieurs, parce que, dans un certain nombre de cas, ils ont trouvé des hydatides mélangées à la substance cancéreuse. Co-existence n'est pas identité; causalité accidentelle n'est pas liaison nécessaire et constante. Quant à la première de ces deux opinions, on l'a modifiée de manière à la rendre assez rationnelle en définissant le cancer un organe nouveau, dont les tristes fonctions ne consistent qu'à s'accroître aux dépens du corps où il a pris naissance. Il n'est pas douteux que, bien souvent du moins, il n'existe là réellement un tissu nouveau, mais non toujours formé de toutes pièces, mais non composé exclusivement de substances étrangères à l'organe affecté. La disparition totale ou partielle de l'organe maléficié, prouve assez qu'il a servi de trame à la production morbide quel qu'en soit le volume, quelle qu'en soit la nature; et la circonscription d'une tumeur par un kyste de formation évidemment accidentelle, ne prouve pas davantage contre cette opinion, que la bien réelle apparition de vaisseaux créés au sein de la tumeur même; s'il en était autrement, pourquoi le cancer, en s'ulcérant, détruirait-il l'organe primitif? pourquoi se propagerait-il du centre à la circonférence? Nous avons parfaitement observé dans certains cancers encéphaloïdes et presque hématodes, ces nombreux vaisseaux variqueux, tortueux comme ceux de la membrane caduque, comme ceux de toutes les fausses membranes; et nous avons aussi parfaitement vu que le centre des squirrhes volumineux et récents, des encéphaloïdes peu ramollis, était fréquemment dépourvu ou presque dépourvu de vaisseaux, ceux qui existaient précédemment dans le lieu malade ont été, dans ce dernier cas, comme étouffés dans la substance morbide. Dans le premier cas, il s'en est au contraire creusé de nouveaux dans les tissus dégénérés, transformés.

» De quelle nature est cette substance qui semble se substituer aux tissus normaux, ou qui du moins les dénature en s'y combinant? Autre question diversement décidée : Y a-t-il, dans le squirrhe, autre chose qu'hypertrophie du tissu cellulaire? Cette hypertrophie, admise comme réelle et seule cause de la dégénérescence squirrheuse dans le plus grand nombre des cas, par le professeur Andral, nous paraît peu conciliable avec les faits. Pourquoi l'hypertrophie aurait-elle tant de tendance à la propagation, à l'ulcération? En quoi le tissu squirrheux différerait-il de ces cicatrices fibreuses que Delpech appelle inodules, et qui peuvent bien tendre à s'épaissir, à se rétracter à un certain degré, mais non à envahir au loin les organes, à infecter toute l'économie? On pourrait dire, il est vrai, que cette hypertrophie squirrheuse s'est accompagnée d'une modification *sui generis*; mais alors ce serait revenir, avec un mot de plus, à la simple expression du fait, à la définition vulgaire, en lui laissant tout le vague, toute l'incertitude que les anatomo-pathologistes ont voulu lui enlever. On ne peut nier que le gonflement et l'endurcissement des tissus, qu'amène une inflammation chronique, ne ressemblent fort souvent à l'état squirrheux, n'en soit même fréquemment le principe et n'en suive tous les errements.

» Mais, dans ces indurations, n'y a-t-il qu'hypertrophie? L'infiltration des substances albumineuses ou gélatineuses plus ou moins concrétées, combinées au tissu de l'organe malade, mérite-t-elle ce nom? Telle n'est pas notre pensée. Il y a déjà, dans l'induration simple, une sorte de transformation due au dépôt de principes étrangers au tissu normal de l'organe chroniquement enflammé; mais le dépôt est encore susceptible d'être détaché par l'absorption, d'être enlevé à la fibre primitive et normale qui en était entourée. A un degré de combinaison de plus peut-être, à une pénétration complète de cette fibre par les mêmes matériaux morbides, il faut rapporter la formation du squirrhe comme celle du tubercule : la transformation est complète

alors et la résolution impossible (1). Pour ce qui concerne l'utérus en particulier, il est bien évident que le squirrhe n'est point une hypertrophie; non certes, le tissu de l'utérus simplement hypertrophié ou légèrement dénaturé dans les tumeurs qu'on nomme fibreuses, n'est pas un tissu squirrheux : si dans l'une et l'autre affection on trouve également la consistance fibro-cartilagineuse, l'aspect et la structure sont loin d'être les mêmes. Le squirrhe est, comme on dit, lardacé, blanc ou grisâtre, homogène comme la pomme de terre crue, ou à peine parcouru de filaments et de lames tenaces; mais ces lames ne sont point distinctes et composées de fibres comme le sont les plans charnus, les couches presque aponévrotiques des tumeurs fibreuses; quelquefois même le tissu squirrheux semble, au contraire, disposé en granulations, et constitue le cancer pancréatiforme des médecins anglais.

» Quant à la matière encéphaloïde ou cérébriforme, dont le nom indique assez l'aspect et la consistance, on s'est cru bien positivement sur la voie d'une découverte précise à son égard : comme c'est en elle que la formation des vaisseaux récents est la plus évidente, on a pu penser qu'elle consistait réellement en un dépôt interstitiel de matière d'abord liquide, bientôt concrétée, organisée, vivifiée, douée d'une vie pour ainsi dire à elle, appelant dès lors à elle de nouveaux matériaux d'accroissement, etc. La fibrine du sang a été trouvée, sur plusieurs cadavres, coagulée dans les vaisseaux mêmes, dans la veine cave inférieure, par exemple, et avec des caractères bien voisins de ceux du cancer cérébriforme, dont ces mêmes cadavres portaient aussi les restes (Velpeau); nous-mêmes avons vu et décrit, il y a quelques années, une pièce remarquable sous ce rapport, quoique tirée d'un corps d'oiseau et non de celui d'un homme (2). Dans une masse continue on trouvait, d'un côté, de la fibrine coagulée, pareille à celle que renferment les anciens anévrismes; plus loin, elle était homogène, pareille au tissu du foie, et contenait de larges vaisseaux, comme ceux qui rampent dans les fausses membranes : ces vaisseaux, pénétrés de sang, offraient, en quelques points, l'apparence du tissu érectile ; ailleurs, on reconnaissait évidemment la matière cérébriforme, et le tout était parsemé d'hydatides. Ajoutez à ces observations celles de M. Bouillaud (1), de M. Andral (2), confirmatives des remarques de Hunter et de Home, sur la vascularisation des caillots sanguins, soit extravasés (3), soit encore enfermés dans le cœur et les gros vaisseaux, et vous donnerez à cette théorie un nouveau degré de vraisemblance. Pour ce qui est essentiellement relatif à notre objet principal, cette théorie, si elle était appuyée sur des observations plus nombreuses et plus positives, aurait l'avantage de rendre raison de la fréquence des maladies cancéreuses dans l'utérus, organe si souvent pénétré de sang, parcouru de larges et de nombreux vaisseaux où se forment naturellement et nécessairement des caillots à certaines époques, après l'accouchement, par exemple.» (Boivin et Dugès, *Maladies de l'utérus*, t. II, p. 1.)

Après ces considérations d'anatomie pathologique qui sont puisées en partie dans la théorie, le lecteur se préparera mieux à l'histoire du cancer utérin par l'exposé qui va suivre de cette dégénérescence, exposé qui peut être considéré comme empreint de la plus grande exactitude, puisqu'il est emprunté à Bayle, qui l'a copié sur la nature, et on sait comment ce célèbre médecin s'acquittait de ce rôle! Il est bien entendu qu'il va être question de la dégénérescence passée à l'état de véritable cancer, c'est-à-dire à l'ulcération.

État de la surface de l'ulcère. Chez les femmes qui ont succombé dans le dernier degré de la maladie, excepté

(1) Lympha sanguinis, morbosa vasorum actione immutata, vel in his ipsis, aut in cellulosa vicina intercepta et stagnans, in polyposam interdùm ac callosam duritiem degenerat, cum ambientium membranorum canaliumque superficie concrescit, cavitates opplet, infarcit, humorumque in illis ac in vicinis partibus circulationem delet omnem, aut magna ex parte removatur. (Frank, De cur. inflamm., § 129.)

(2) Dugès. De l'influence des sciences médicales et accessoires sur les progrès de la chirurgie moderne, p. 40.

(1) Dictionn. de méd. et de chirurg. prat., art. Cancer, t. IV.

(2) Anat. pathologique. Paris, 1829, t. I, p. 381; t. II, p. 338.

(3) Ibid., t. II, p. 604

dans les cas où la dégénération était un cancer superficiel, l'ulcération offre une surface couverte d'une sorte d'escarre formée par une substance putride, fongueuse, mollasse, plus ou moins facile à déchirer et à réduire par la pression en un grand nombre de petites masses irrégulières. Cette substance mollasse est plus ferme près du tissu de la matrice qu'à la surface qui tombe sous les yeux, où l'on aperçoit des flocons putrides presque détachés de l'escarre et imbibés d'un liquide ichoreux, trouble et très-fétide. La substance mollasse et putride, dont nous parlons, n'a quelquefois qu'une ou deux lignes d'épaisseur, mais très-souvent elle a plus de cinq lignes et même plus d'un pouce.

Cette ulcération présente trois variétés bien distinctes. Dans la première variété, la substance fongueuse est fuligineuse ou noirâtre, et le tissu dégénéré qui lui donne naissance est dense et d'un rouge livide, souvent parcouru, de même que les parties environnantes, par des vaisseaux sanguins plus ou moins développés et gorgés de sang noir. Dans la deuxième variété, la substance fongueuse et putride est grise ou brunâtre. Le tissu situé au-dessous est assez dense, quelquefois assez semblable à du lard terne, ou d'un blanc sale, et presque totalement privé de vaisseaux sanguins visibles à l'œil nu. Dans la troisième variété, la masse fongueuse est blanchâtre ou cendrée, et le tissu, sur lequel elle est implantée, est médiocrement dense, très-blanc, quelquefois presque totalement privé de vaisseaux sanguins, tantôt parfaitement semblable à du lard, tantôt assez semblable à la substance cérébrale. Dans ce dernier cas, il est tout blanc et luisant; on y distingue une grande quantité de vaisseaux capillaires sanguins. On trouve quelquefois sur le même ulcère, mais dans des endroits différents, les trois variétés de désorganisation qui viennent d'être décrites. Dans tous les cas, après qu'on a enlevé avec le scalpel la masse fongueuse et putride, il suffit de comprimer le tissu dégénéré pour en faire exsuder, par un très-grand nombre de points, un liquide particulier dont il sera bientôt question. Lorsque la maladie est un cancer superficiel, la surface de l'ulcère présente un aspect tout différent; elle n'est point recouverte d'une escarre putride, mais dénudée, et toute formée par des bourgeons charnus, inégaux, dentelés, rouges, violets, ou blanchâtres; en les incisant, on les trouve formés par une substance tantôt blanche, lardarcée ou comme couenneuse, tantôt gélatiniforme, luisante, transparente, et parcourue par une foule de très-petits vaisseaux sanguins. Si le tissu dégénéré est assez abondant pour former une petite couche à la surface de l'ulcère, on voit qu'on ne peut pas en faire sortir un liquide même en le comprimant après l'avoir légèrement incisé.

Siége de l'ulcère. L'ulcère occupe ordinairement l'orifice de la matrice, quelquefois la cavité de son col ou de son corps, et dans quelques cas toutes ces parties simultanément.

Quand l'ulcère a commencé à l'orifice de la matrice (ou museau de tanche), ce qui est très-fréquent, si la malade est morte dans le premier ou le second degré de la maladie, l'ulcération est quelquefois très-peu étendue, et la dégénération cancéreuse s'étend très-peu avant dans le tissu de la matrice. Elle présente les mêmes apparences que dans les autres cas de cancer entremêlé. Si la maladie a parcouru toutes ses périodes, le museau de tanche n'existe plus, et quelquefois une portion du col et même du corps est totalement détruite. La maladie était-elle un cancer superficiel? Il ne reste quelquefois aucun vestige des parties que nous venons de nommer. Si c'était un autre cancer, il ne reste d'autre trace du museau de tanche ou du col utérin, etc., que la substance fongueuse et putride, précédemment détruite. Après l'avoir enlevée avec le manche du scalpel, on trouve le tissu de la matrice épaissi, blanc, gris ou livide selon la couleur de la substance fongueuse, et tantôt dense, semblable à du lard, tantôt moins ferme et d'un aspect qui retrace celui de la substance cérébrale. Si la dégénération n'a détruit encore qu'une légère surface du museau de tanche, le tissu du col de la matrice, très-près de l'orifice utérin, est quelquefois boursouflé et creusé dans son intérieur par des cavités tantôt remplies de

pus, tantôt pleines de sérosité sanieuse, et tantôt vides. Elles sont quelquefois si petites, qu'elles contiendraient à peine un grain de blé ; mais souvent elles sont si amples, que quelques-unes pourraient loger un noyau de cerise. Lorsque le col de la matrice est détruit, on trouve rarement ces cavités dans le tissu dégénéré qui s'étend plus ou moins profondément dans le corps de ce viscère. Néanmoins, dans les cas même où la dégénération squirrheuse a fait le plus de progrès, excepté dans certains cancers cérébriformes, elle ne s'étend guère à plus de trois à douze lignes de la surface de l'ulcère, et un peu au delà, le tissu de la matrice est tout à fait sain.

Le tissu sain et le tissu squirrheux ne sont pas nettement tranchés ; ils sont entremêlés près du point de contact, de manière qu'on croit apercevoir le passage insensible de l'état squirrheux à l'état sain, lorsqu'on examine les parois de la matrice depuis la surface de l'ulcère jusqu'à l'endroit qui est connu parfaitement sain. En examinant attentivement l'état des parois utérines à l'union des deux tissus, on voit de petits filons cancéreux, blancs et luisants, disséminés plus ou moins irrégulièrement dans la substance encore saine, et réunis fréquemment par une de leurs extrémités avec le tissu déjà totalement dégénéré. On voit d'autres filons cancéreux tout-à-fait isolés, c'est à dire non continus avec la transformation cancé céreuse. Mais ils sont d'autant plus petits qu'ils en sont plus éloignés. A une ligne au delà des prolongements cancéreux, le tissu de la matrice est parfaitement sain, et les deux tissus ne sont guère entremêlés que dans une ou deux lignes d'étendue. Lorsque la maladie était un cancer superficiel, la dégénération cancéreuse n'a que très-peu d'épaisseur Elle a souvent moins d'une demi-ligne, rarement plus d'une ligne. On ne trouve aucun prolongement du tissu cancéreux dans le tissu encore sain. Nous avons dit que cette espèce de cancer ne renfermait aucun liquide qu'on pût exprimer en comprimant le tissu dégénéré. Il n'en est pas de même des trois autres espèces de cancers de la matrice. dans lesquelles la surface de l'ulcère est recouverte d'une couche fongueuse et putride, car le tissu squirrheux qui est immédiatement sous cette couche contient un liquide plus ou moins épais, qu'on fait sortir facilement par une légère pression. Ce liquide est comme de la crème épaisse, très-près de la surface ulcérée. S'il est plus épais et que l'on presse entre les doigts le tissu dégénéré, on y fait paraître de petits mamelons blancs qui, enlevés avec le scalpel, présentent l'apparence d'une crème extrêmement épaisse, ou d'une matière caséeuse extrêmement blanche et peu dense. A mesure qu'on s'éloigne de la surface de l'ulcère, le liquide exprimé du tissu dégénéré a moins de consistance ; il ressemble à du lait, à du petit-lait ; plus loin ce n'est qu'une sorte de sérosité, et enfin à l'endroit où le tissu sain est très-près, la pression la plus forte ne peut plus faire sortir aucun liquide.

Quelle que soit la nature de la dégénération cancéreuse, elle influe sur l'état de la cavité de la matrice. Le tissu velouté qui y tient lieu de membrane muqueuse offre une altération remarquable aux endroits frappés de squirrhe et même à ceux où les parois utérines sont encore parfaitement saines. Il est tantôt livide, gonflé et enduit d'une mucosité glaireuse, tantôt desséché et noir, ou couleur d'ardoise.

Lorsque l'ulcération a commencé à l'intérieur de la matrice, ce viscère est plus volumineux que dans tous les autres cas ; l'escarre putride est souvent deux fois plus épaisse que les parties squirrheuses auxquelles elle adhère. Ordinairement, quand l'ulcère n'occupe que l'intérieur de la matrice, le museau de tanche est noirâtre ou livide à son intérieur. épaissi et communément un peu semblable à du lard dans son intérieur, ou, du moins, il offre, lorsqu'on l'incise, un certain nombre de filons squirrheux et d'une couleur différente du reste du tissu. On aperçoit souvent dans ces sortes de filons de petits points luisants, brillants et plus ou moins transparents.

Quand l'ulcération occupe toute la matrice, ce que nous avons vu quelquefois, la dégénération peut être portée à un point excessif. Le tissu de la matrice est quelquefois presque entièrement détruit, à tel point que ce viscère devenu très-volumineux, est entièrement transformé

dans certaines parties en une escarre putride, épaisse de plus de deux pouces; et la matrice devenue d'abord squirrheuse, puis affectée d'un ulcère, n'offre plus ni tissu sain, ni tissu squirrheux, ce dernier étant entièrement dégénéré, ramolli et transformé en une sorte de putrilage fongueux. Quelquefois, malgré cette désorganisation extrême, la membrane péritonéale est encore presque sans altération. Lorsque le cancer est encore cérébriforme, il est des cas où, quelle que soit l'étendue de l'ulcère, toute la matrice a subi la transformation cancéreuse, tandis que la couche putride qui recouvre l'ulcère présente encore un peu d'épaisseur.

Après avoir fait ainsi l'anatomie de texture du cancer, voici ce que Bayle dit du volume de la matrice et des lésions des annexes de l'utérus.

Volume de la matrice ulcérée. Dans les ulcères cancéreux de la matrice, ce viscère conserve quelquefois son volume ordinaire, surtout lorsque l'ulcération n'occupe que le museau de tanche ou le col. D'autres fois, la matrice est deux ou trois fois plus grosse qu'à l'ordinaire, et dans quelques cas très-rares, où la matrice est unie avec le développement d'un corps fibreux, elle a pris un tel accroissement qu'elle occupe tout le petit bassin, et s'élève même vers le nombril. Dans ce dernier cas, elle a ordinairement contracté des adhérences avec les parties voisines; et sa cavité est souvent plus spacieuse que dans l'état naturel; mais presque toujours alors la maladie est une dégénération composée et non pas un cancer simple. La dégénération composée est souvent formée par la réunion du cancer utérin, d'une phlegmasie et du développement d'un corps fibreux à l'état charnu.

Lésions des annexes de la matrice. Ordinairement les ovaires sont profondément lésés dans les ulcérations de l'utérus; ils sont tantôt atrophiés, tantôt beaucoup plus volumineux qu'à l'ordinaire, souvent transformés en des kystes presque cartilagineux, remplis d'une sérosité limpide, incolore ou citrine, entièrement coagulable par la chaleur; et quelquefois ces mêmes organes sont transformés en une substance blanche, fibreuse, presque semblable à du lard, quoiqu'elle soit un peu spongieuse, non luisante, mais remplie de très-petites cellules qui contiennent un pus très-blanc ou une matière épaisse semblable à une substance caséeuse très-fraîche ou à de la crème très-épaisse. Les trompes sont ordinairement saines; nous les avons vues aussi enflammées; d'autres fois, elles étaient épaissies, et elles renfermaient du pus dans leur cavité dilatée. Enfin, quand la matrice devenue très-volumineuse occupe tout le petit bassin, et est intimement adhérente aux parois du rectum, à la vessie et à toutes les parties contiguës, quelquefois il ne reste aucun vestige des trompes, ni des ovaires, ou bien on y observe quelqu'une des altérations que nous venons d'indiquer.

Causes du cancer de la matrice. L'étiologie du cancer de la matrice est nécessairement renfermée dans tout ce que nous avons déjà dit des autres maladies de cet organe. En effet, les lésions physiques, les lésions vitales de la matrice peuvent préparer le cancer de cet organe ou le faire éclater. Ce que nous avons dit d'après madame Boivin, MM. Andral, Velpeau, et autres, sur la théorie de quelques cancers qui seraient produits par une altération du sang extravasé ou retenu dans le tissu de la matrice; tout cela prouve l'influence des lésions physiques sur la production du cancer. On trouve aussi dans cette théorie des explications assez satisfaisantes pour le cancer qui survient à la suite des lésions vitales avec congestions plus ou moins actives vers l'utérus. Ainsi, à la rigueur, nous pourrions nous arrêter là pour l'étiologie, car on ne pense pas que nous allions à la recherche du principe cancéreux, de ce quelque chose qui fait qu'un engorgement est cancéreux et non tuberculeux, ou simplement inflammatoire. Dans la première citation de madame Boivin, nous avons, selon nous, fait une part assez large à la théorie.

Mais nous ne quitterons pas l'histoire des causes sans faire ressortir quelques points qu'il est bon de connaître en pratique: ainsi l'âge, le coït, la masturbation, les accouchements, les avortements.

Age. Cette horrible maladie, selon Bayle, peut survenir à toutes les époques de la vie, depuis l'âge de vingt ans jusqu'à la

vieillesse la plus décrépite ; mais c'est surtout entre la quarantième et la cinquantième année qu'on l'observe le plus communément. Elle est moitié moins fréquente de trente à quarante et de cinquante à soixante ans. Dans toutes les autres époques de la vie, elle est beaucoup plus rare, aussi n'en avons-nous vu qu'un très-petit nombre après la soixante-dixième année, et un nombre moindre encore avant l'âge de vingt-cinq ans (Bayle). Ailleurs, le même auteur dit : La différence d'âge n'apporte que de légères modifications dans la marche et les symptômes du cancer utérin, qui présente trois degrés comme toutes les maladies chroniques dont la terminaison est funeste. (Bayle, *Traité des mal. cancéreuses*, t. II, p. 2.)

Voici ce qui a été écrit par M. Colombat sur l'âge des femmes affectées du cancer utérin. « Il peut se développer à tous les âges, mais il est rare que celui de la matrice se manifeste avant vingt-cinq ans. Cependant nous avons observé, et les auteurs ont rapporté plusieurs exemples de cancer utérin même avant vingt ans. D'après les recherches statistiques que nous avons été à même de faire dans les hôpitaux, et d'après notre pratique particulière, et surtout d'après les travaux publiés sur ce sujet par les auteurs, nous avons trouvé, en suivant l'ordre de fréquence, que cette affreuse maladie se manifestait le plus ordinairement de quarante à quarante-cinq ans, puis de trente à quarante, de quarante-cinq à cinquante, de vingt à trente, de quinze à vingt, de cinquante à soixante, enfin, de soixante à soixante-dix. On voit, par cette sorte de statistique, que les affections cancéreuses de l'utérus sont d'autant plus fréquentes que cet organe se trouve dans une période d'activité plus grande, ou lorsqu'il commence à tomber dans l'inertie physiologique de l'âge critique. » (Colombat, *Mal. des femmes*, t. II, p. 649.)

M. Colombat, pour dire que le cancer de l'utérus se développait à tous les âges, aurait dû en citer des exemples pris dans l'enfance.

Enfin, voici l'opinion de madame Boivin sur ce point d'étiologie. Elle est confirmative de celle de M. Colombat pour ce qui est de l'âge de la plus grande fréquence ; mais madame Boivin ne parle pas de l'âge de quinze ans, encore moins des âges au-dessous.

« On doit s'attendre à trouver la fréquence du cancer utérin en rapport, pour l'époque de son développement, avec la plus grande activité de l'organe ; aussi est-ce constamment après la puberté que cette maladie apparaît, et se voit-elle surtout quand l'organe a parcouru presque en entier cette carrière d'activité, pour devenir beaucoup plus rare quand il est tombé dans l'inertie à laquelle le condamne la sénilité. » En effet, on verra dans un tableau dressé par madame Boivin et Dugès, lequel va être cité, que c'est de quarante à cinquante ans d'abord, puis de vingt ans à trente, ensuite de trente à quarante que le cancer s'est montré plus commun ; que dans l'adolescence il a été moins fréquent qu'aux âges précédemment énoncés, mais bien plus souvent toutefois encore qu'après la cinquantième année.

Tableau dressé par madame Boivin et Dugès, pour établir l'âge des femmes qui sont le plus fréquemment affectées de cancer.

Sur les 409 femmes affectées de cancer de l'utérus, les auteurs en ont compté :

Au-dessous de 20 ans. . . .	12
de 20 à 30. . .	83
de 30 à 40. . .	102
de 40 à 45. . .	106
de 45 à 50. . .	95
de 50 à 60. . .	7
de 60 à 71. . .	4
Total :	409

Pour se rendre compte de la part de l'âge dans la production du cancer utérin, il faudra peser les réflexions que voici : « La plupart des femmes atteintes de cancer utérin en accusent les approches ou l'action de l'époque critique ; beaucoup de médecins sont eux-mêmes disposés à reconnaître cette influence. Elle est vraie relativement à la nature de l'altération, ou plutôt aux caractères cancéreux proprement dits ; elle ne l'est pas quant à l'origine primitive de la maladie utérine. In-

terrogez convenablement les malades, et vous connaîtrez que chez le plus grand nombre il existait, du côté de l'organe affecté, des désordres fonctionnels, quelque phénomène anormal, quelques symptômes morbides dont la plupart remontaient à plusieurs années, aux dernières couches, soit à terme, soit précoces, et quelquefois même à des époques plus éloignées encore, comme aux premiers temps de la puberté... Pendant longtemps ces états pathologiques sont restés dans un état de simplicité et de bénignité qui les a fait supporter et négliger. Mais au retour d'âge, ces phénomènes, quelquefois presque inaperçus jusque-là, prennent de l'intensité, se compliquent, revêtent des formes nouvelles. L'âge, pour lors, a changé la maladie, il y a introduit le cachet cancéreux, et, sous ce rapport, il est vrai de reconnaître la fatale influence de l'époque critique.

» J'ai eu l'occasion de suivre, pour ainsi dire pas à pas, cette origine d'abord bénigne, puis cette explosion si grave, cette marche d'abord longtemps, très-longtemps lente, je dirai même stationnaire, sans influence sur la santé générale, puis rapide, destructive, mortelle. Au nombre des femmes, sujets de ces observations, il en est une surtout qui attira d'autant plus mon attention, qu'elle était alliée à un de mes plus proches parents. » M. Duparcque fait l'histoire de cette malade. (Voyez la page 435 du t. Ier du *Traité des maladies de la matrice*, par Duparcque.)

Coït, *Masturbation*, *Accouchements*, *Avortements*. — « Parmi les causes prédisposantes, quelques auteurs rangent le célibat; d'autres au contraire, l'usage immodéré des plaisirs de l'amour. Cependant les relevés d'un très-grand nombre d'observations faites les unes en ville, les autres dans les hôpitaux, ne nous ont donné à cet égard aucun résultat bien tranché. Nous avons vu mourir du cancer de la matrice des femmes qui avaient vécu dans le libertinage le plus effréné, et des filles qui avaient encore la membrane hymen dans toute son intégrité; des femmes mariées qui avaient de nombreux enfants, et d'autres qui n'avaient jamais été enceintes. Aucune de ces circonstances si opposées, ne nous paraît avoir influé d'une manière plus marquée que l'autre, sur la production de cette maladie. » (Bayle, tome II, page 2.)

Madame Boivin est plus portée à accuser le coït; voici comment elle s'exprime: « C'est chez les femmes qui abusent du coït, que le mal survient plus souvent; c'est principalement chez celles qui, dans l'état de mariage, sont soumises à des excitations fréquentes du col utérin par suite de disproportion entre les époux. On ne peut guère se rendre autrement raison de cette particularité plus d'une fois observée, qu'un même homme a successivement perdu plusieurs épouses toutes victimes du même mal. La masturbation nous a paru quelquefois la seule cause à laquelle on pût rapporter le développement du cancer utérin; les malades s'étaient sans doute épuisées, en pareil cas, livrées aux procédés les plus violents de cette vicieuse habitude. On n'a pas remarqué que des couches multipliées y prédisposassent d'une manière particulière; mais on a fait la remarque opposée pour les avortements, les fréquents dérangements de menstrues, les métrorrhagies répétées, soit que ces accidents indiquassent seulement une disposition fâcheuse de l'organe, soit qu'ils produisissent par eux-mêmes une congestion, un engorgement funeste. On conçoit bien, en effet, que tout ce qui entretient la matrice dans un état d'engorgement, de métrite chronique, peut, à la longue, donner naissance au cancer; aussi la syphilis même en a-t-elle été quelquefois l'origine indirecte, la cause occasionnelle; mais c'est plutôt pour la forme ulcéreuse, que pour la forme tubéreuse dont nous parlons ici. » (Boivin et Dugès, *Maladies de la matrice*, t. II, p. 9.)

Cette opinion sur la syphilis comme cause de cancer, est au moins hasardée. Les praticiens qui ont le plus observé les maladies vénériennes chez les femmes, entre autres un ancien chirurgien de Lourcine, M. Vidal, avance qu'il n'a jamais pu trouver un rapport même éloigné entre le cancer et la vérole.

Ce que dit madame Boivin de la masturbation, doit être noté avec soin par les praticiens. Il est certain que cette funeste habitude ne peut créer le cancer par

elle-même ; mais il est réel que les métrites chroniques du col, certains écoulements sont pour ainsi dire éternisés par certaines manœuvres à l'usage des femmes déréglées. Or, la persistance de la métrite et des écoulements est considérée comme une des causes du cancer par tous les pathologistes.

Symptômes et marche du cancer de la matrice.— Nous allons jeter un coup d'œil général sur la marche et les symptômes, pour revenir ensuite avec quelques détails sur les points les plus importants de la symptomatologie, ce qui préparera le diagnostic.

Les premières atteintes du mal sont souvent ignorées du médecin et de la malade qui quelquefois se souvient à peine des incommodités qu'elle avait depuis longtemps ressenties, lorsqu'on découvre des désordres déjà fort étendus. Dans ce premier degré, quelques dérangements dans la menstruation, des retours irréguliers, une augmentation passagère dans la quantité du sang excrété, un écoulement leucorrhéique blanc ou jaunâtre, soit permanent, soit restreint aux approches et aux suites immédiates de l'époque menstruelle, devenant momentanément coloré en rouge après le coït ou quelque autre cause d'excitation locale, un sentiment de pesanteur à l'hypogastre, de pression sur le fondement ou les voies extérieures de l'urine, un peu de douleur dans l'évacuation des matières fécales, qui, de même que les urines dans certains cas, ne peuvent être rendues qu'avec difficulté, une sensibilité désagréable, lors de l'exécution des actes conjugaux qui laissent pendant quelque temps de l'endolorissement ou du moins une sensation insolite dans l'utérus; parfois même de petits élancements, plus particulièrement à l'époque des règles, état de choses réveillé aussi par les secousses physiques ou morales; enfin, quelques tiraillements aux lombes ou aux aines, des accès d'hystérie, des hémorrhoïdes, des alternatives de boursouflement et d'affaissement du ventre; surtout vers l'hypogastre et sans causes connues : voilà les indices de ce commencement de squirrhe, indices bien peu caractéristiques, sans doute, et qui même ne peuvent donner alors une certitude complète en y joignant l'exploration manuelle. Ce que le toucher apprend en effet, c'est qu'il y a gonflement, dureté, sensibilité, comme dans la métrite chronique; à peine peut-on établir comme données distinctives que, dans le squirrhe, l'engorgement occupe plutôt le col et y est plus circonscrit; que la sensibilité y est moindre et la consistance plus considérable, moins variable, aussi bien que le volume; que le col enfin est moins régulier dans sa forme que quand il s'agit d'une simple induration par suite de phlegmasie chronique.

« Le diagnostic n'offre plus ces incertitudes dans le deuxième degré, dans le cancer déclaré. On trouvera bien un peu plus de douleur, d'hémorrhagie, de mollesse; on observera surtout plus de rapidité dans l'accroissement, plus d'étendue dans les envahissements du mal, plus de promptitude dans l'arrivée de l'ulcération et de la diathèse cancéreuse si l'on a affaire à une dégénérescence encéphaloïde, que pour la squirrheuse; mais le reste du tableau peut aussi bien s'appliquer à l'une qu'à l'autre. Alors le col utérin, et quelquefois le corps, rarement les lèvres seules du museau de tanche, se présentent au speculum ou au toucher, gonflés, durs, bosselés, lobés, plus ou moins rouges, mais lisses et sans érosion; douloureux à la moindre pression, enduits d'un mucus sanguinolent, de sang presque pur même, si le toucher s'exécute avec trop peu de ménagements; et quelquefois déjà, chez les sujets maigres, la palpation fait découvrir des engorgements dans les ovaires. Nous avons été témoin de plusieurs cas dans lesquels l'utérus même était assez volumineux pour se laisser aussi toucher et circonscrire dans l'hypogastre. Le toucher rectal aide également à distinguer le siége et l'étendue des tumeurs; quoique souvent il n'en existe qu'une seule assez nettement circonscrite, plus ordinairement il y en a plusieurs; ou si l'organe entier est envahi, les inégalités arrondies de sa surface, donnent généralement l'idée d'un groupe de plusieurs noyaux.

» La sensibilité de ces tumeurs serait presque le seul caractère qui les distinguât des corps fibreux, si l'on ne joignait à ces signes physiques et sensibles, les si-

gnes rationnels tirés de l'état général de la malade et des renseignements qu'elle donne sur ses incommodités. C'est alors que la douleur devient permanente, parfois sourde, parfois corrosive, mais toujours entremêlée d'élancements vifs, courts, comparés à des coups d'aiguille, de lancette ou de couteau, au passage d'un fer rouge, etc., selon l'intensité de ces éclairs de douleurs, selon la sensibilité physique des malades. Alors aussi les pertes sanguines deviennent plus fréquentes, quelquefois habituelles; les malades se plaignent d'être toujours dans le sang. » (Boivin et Dugès, *Mal. de l'utérus*, t. II, p. 13.)

Pour exercer convenablement le toucher, la palpation hypogastrique, et pour les préceptes de l'application du speculum, voyez ce que nous avons dit en commençant ce chapitre.

Maintenant examinons en détail les symptômes les plus importants, et apprécions-les avec les lumières fournies par les meilleurs auteurs (1).

Écoulements. Il est des femmes chez lesquelles le cancer de la matrice s'annonce par un écoulement abondant de flueurs blanches très-fétides, ou bien par la suppression subite d'un écoulement de cette nature qui existait antérieurement. (Bayle, t. II, p. 3.)

Plus tard, quand d'autres symptômes ont annoncé le début du cancer, il s'établit selon l'auteur qui vient d'être cité, un écoulement séreux; c'est même quelquefois par cet écoulement que la maladie se déclare. L'écoulement dont il s'agit, devient quelquefois sanguinolent; il est assez souvent fétide, mais il est d'autres fois sans odeur pendant fort longtemps. (Bayle, *loc. cit.*)

A la troisième période l'écoulement devient fétide si déjà il ne l'était point; l'odeur en devient de plus en plus infecte; l'écoulement n'est pas seulement séreux ou sanieux, il est putride, et il entraîne de petites parcelles, et quelquefois même de petits flocons d'une substance putride et brune dont l'odeur est excessivement piquante. De temps à autre, il entraîne aussi de petits caillots de sang devenus noirâtres, et alors l'écoulement est lui-même sanguinolent. (Bayle, t. II, p. 12.)

Les dérangements dans l'écoulement menstruel, qui ont une grande importance dans le diagnostic, ne sont pas toujours en rapport avec l'étendue de l'ulcère. Si quelquefois on observe dès l'invasion de la maladie des pertes de sang effrayantes, dans d'autres cas il n'existe rien de semblable, et les règles continuent à paraître aux époques ordinaires, sans aucune variation notable, lorsque déjà les ravages de l'ulcère ont détruit toute la partie saillante du col de l'utérus. (Bayle, *loc. cit.*, p. 14.)

Madame Boivin et Dugès interprètent ainsi les pertes comme éléments de diagnostic :

« La perte de sang mérite surtout une grande attention, quand elle se montre chez une femme que son âge avait délivrée de cet assujettissement menstruel; et des faits observés par l'un et l'autre auteur de ce livre, prouvent qu'il faut se tenir en garde contre ces prétendus renouvellements de la menstruation dont ont parlé les physiologistes. Ce rajeunissement apparent n'est ordinairement que le signe d'une altération grave de l'utérus ou de ses annexes; aussi a-t-on remarqué plusieurs fois qu'il s'en suivait un dépérissement rapide et une mort inattendue, poétiquement comparée à l'extinctio d'une lampe après un redoublement de clarté. Il est aussi un assez grand nombre de sujets qui perdent continuellement, mais quelquefois avec des augmentations ou diminutions fréquentes, périodiques même, une matière aqueuse, abondante, inodore ou fade à l'odorat, à peine chargée d'albumine, comme l'indique la légère roideur, la couleur un peu grisâtre qu'elle donne au linge en se desséchant, et à peine colorée en rose aux époques menstruelles. Cette évacuation séreuse et considérable nous a paru ordinairement annoncer sinon l'existence, au moins le commencement ou l'imminence de l'ulcération, le développement des fongosités, troisième degré ou plutôt troisième période, qui commence quelquefois, pour

(1) Comme nous aurons souvent occasion de citer Bayle, il est bon de connaître la division de cet auteur : Bayle assigne au cancer trois degrés.

1er degré. Depuis l'invasion de la maladie locale jusqu'à la première apparition des effets généraux.

2e degré. Il va jusqu'au moment où le marasme, ou ce qu'on appelait la fièvre hectique, est bien établi.

3e degré. Il va jusqu'à la fin de la vie.

ainsi dire, avec lui. » (Boivin et Dugès, *Maladies de l'utérus*, t. II, p. 13.)

Bayle revenant sur les modifications des menstrues, dit en parlant de la fin du premier degré du cancer : Si jusqu'à cette époque, les règles avaient reparu avec régularité et en quantité modérée, elles se changent souvent en pertes, ou elles ont une durée indéterminée mais rarement elles sont supprimées.

Si les malades ont passé l'âge critique, elles sont moins sujettes aux hémorrhagies utérines, mais elles n'en sont pas toujours exemptes.

Douleurs, autres modifications de la sensibilité. « Les douleurs cuisantes, piquantes ou lancinantes du col de l'utérus; les douleurs des lombes ou du sacrum, un malaise dans la région hypogastrique, des souffrances fréquentes dans les hanches, dans les aines et dans les cuisses, sont des signes bien plus redoutables encore que ceux dont nous avons parlé précédemment; d'autant mieux que ces symptômes ont constamment lieu dans les cancers de la matrice lorsque l'ulcération est déjà étendue. Cependant on observe tous ces signes chez des femmes qui n'ont ni squirrhe ni cancer de la matrice; qui reprennent une santé florissante après avoir éprouvé ces divers symptômes, et qui ne deviennent pas victimes des maladies cancéreuses. D'autres femmes qui ont une ulcération de la matrice, n'éprouvent ni douleurs piquantes, ni élancements au col de l'utérus. » (Bayle, t. II, p. 3.)

Bayle revient sur la douleur et les autres modifications de la sensibilité, éprouvées par la malade à mesure que le cancer fait des progrès. Ainsi : Les douleurs de l'orifice utérin sont plus fréquentes et plus lancinantes; les malades éprouvent en outre, un sentiment de pesanteur incommode dans le fond du vagin ou vers le rectum; quelquefois ce dernier est comprimé de telle sorte que la malade croit toujours avoir besoin d'aller à la selle.

L'hypogastre est souvent douloureux, et les pressions exercées sur cette région augmentent les douleurs utérines, si elles se faisaient déjà sentir, et les rappellent si elles étaient assoupies.

Il y a fréquemment une douleur à l'un ou l'autre des côtés de l'hypogastre, ou bien dans les régions iliaques. Les malades éprouvent un sentiment de fatigue, et communément des douleurs vives à la région lombaire et dans le haut des cuisses. D'autres ressentent une sorte de brisement au milieu des cuisses, et un malaise inexprimable dans la région de l'os sacrum. Presque toujours à cette époque, si la maladie a son siége à l'orifice de la matrice ou à son col, il survient des douleurs en urinant, ou au moment où les urines cessent de couler; mais ces douleurs sont passagères, et elles cessent quelquefois au bout d'un certain temps, pour ne plus reparaître. (Bayle, t. II, page 9.)

Bayle en terminant le tableau du premier degré du cancer dit encore : « Toutes les malades ne sentent pas à cette époque les mêmes douleurs; néanmoins à mesure que la maladie fait des progrès, elles finissent toujours par éprouver les mêmes symptômes généraux que si la maladie était douloureuse; il y a seulement cette différence que la durée de la vie est un peu plus longue, lorsque les souffrances locales sont moins intenses. » (Bayle, t. II, page 9.)

Dans la dernière période de la maladie les douleurs prennent un caractère d'intensité et de continuité très-marqué.

Il y a alors pour ainsi dire douleur sur douleur. En effet, avec la douleur gravative cuisante ou brûlante, il y a de temps à autre des élancements douloureux. Les régions lombaire, sacrée, la région hypogastrique, les régions iliaques jusqu'aux fesses, jusqu'aux cuisses, tout est en proie à des douleurs insupportables, lesquelles sont toutes contusives; elles prennent quelquefois un caractère déchirant, ou elles sont, comme on le dit, distensives. Enfin ces douleurs empêchent les malades de se lever et même de s'asseoir. Si elles se lèvent, elles peuvent tomber en défaillance, si elles veulent s'asseoir, elles voient leur douleur augmenter.

Ces souffrances troublent le sommeil ou le font complétement disparaître. Il ne revient que par l'emploi bien dirigé des narcotiques, et encore, à forcer d'en user, ces moyens deviennent impuissants, la douleur reprend le dessus et à chaque

élancement le sommeil est arrêté. Les malades n'osent même plus s'y livrer, et cependant il leur serait si nécessaire!

Quant aux rapports de la douleur avec les pertes, voici ce qu'on peut dire avec Bayle. « Dans les derniers temps la plupart des femmes qui n'ont pas éprouvé de vives douleurs dans la matrice, ont un écoulement séreux ; il ne sort point de flocons putrides par la vulve. Mais il en est plusieurs qui ont en même temps un écoulement séreux et un écoulement putride. Chez les femmes qui souffrent peu et qui n'ont qu'un écoulement séreux, lorsqu'on touche la partie ulcérée, on occasionne peu de douleurs. » (Bayle, tome II, page 3.)

État cérébral. Les fonctions cérébrales, pour ce qui a rapport à l'intelligence, sont parfaitement conservées. Il est extrêmement rare que, même à la fin de la maladie, la femme perde connaissance. Presque toujours la mort n'est précédée ni d'agonie ni de convulsions. Chez les femmes qui ont une agonie, celle-ci est si courte, et l'extinction se fait d'une manière tellement ménagée, que le passage de la vie à la mort est imperceptible.

Effets du cancer sur les fonctions de la matrice. Mais ce qui doit rendre surtout la fécondation plus difficile, c'est l'occlusion du museau de tanche ou des orifices tubaires. Cette occlusion peut être un résultat d'adhérence, de soudure, et nous citerons plus loin des cas dans lesquels cette soudure a été portée au point d'oblitérer totalement la cavité du viscère; mais on peut quelquefois considérer l'obstruction comme effectuée mécaniquement par le gonflement des parois de la matrice. Elle peut alors n'être point complète, n'être point permanente, et, dans un moment de détente, permettre le passage du fluide fécondateur; puis se laisser assez repousser pour suffire au séjour d'un œuf fécondé. Aussi a-t-on vu fréquemment la grossesse coexister avec une tumeur cancéreuse du col utérin; cette tumeur, parfois considérable, a pu gêner le développement de l'utérus, causer l'avortement ou la mort, comme les tumeurs fibreuses; c'est ce qui a eu lieu dans l'observation du docteur Troussel que nous avons citée déjà, et qui trouverait aussi naturellement ici sa place, puisque la tumeur était à la fois fibreuse et carcinomateuse. La grossesse a pu s'approcher davantage de son terme, malgré un énorme cancer du col de la matrice et un état complet de cachexie cancéreuse : un travail un peu prématuré s'est prononcé à l'occasion sans doute de la mort du fœtus ; la dilatation de l'orifice s'est arrêtée après un léger commencement ; des incisions latérales sont devenues nécessaires pour donner passage à un enfant putréfié qu'on a extrait par la version (1). Enfin nous avons rapporté ailleurs, d'après les notes de madame Lachapelle (2), plusieurs exemples d'accouchements à terme (deux seulement avant terme) opérés malgré un squirrhe du col utérin, quatre fois spontanément et par suite de fissures entre les lobes du squirrhe, trois fois par l'application du forceps précédée ou non d'incisions divergentes.

Dans quatre de ces sept cas, la mère et l'enfant survécurent; dans un cinquième, les deux sujets périrent, l'enfant durant, la mère après la parturition; des deux autres, l'un ne fut immédiatement funeste qu'au fœtus, et l'autre qu'à la femme. Une observation de MM. Bayle et Cayol donne l'exemple d'un accouchement spontané et à terme, dans lequel l'enfant était putréfié, et sans doute avait péri par suite des hémorrhagies éprouvées par la mère dans les derniers mois de sa grossesse. (Boivin et Dugès, *Maladies de l'utérus*, t. II, p. 17.)

Toucher. On devra le pratiquer au moindre soupçon d'une affection de la matrice. Voici ce que dit Bayle à ce sujet: « Lorsqu'il existe un cancer de la matrice qui débute chez une femme qui d'ailleurs paraît jouir d'une assez bonne santé, on reconnaît, par le toucher, que le museau de tanche présente quelques inégalités, et

(1) Zeppenfeld, Diss. system. casum carcinomatis uteri cum graviditate conjuncti, Berol., 1828. Dans la dissertation de Siebold (de Scirrho et carcinomate uteri, etc.), on trouve un exemple d'accouchement opéré aussi par la version, chez une femme dont l'utérus était cancéreux jusque dans son corps avant l'imprégnation. L'enfant naquit avant terme, il mourut peu après la naissance; la femme a survécu à cette couche pénible.

(2) Prat. des accouchements, t. III, p. 368 et 371.

souvent une dureté inusitée; assez communément il est aplati; d'autres fois, une seule portion du museau de tanche est épaissie, proéminente et endurcie. L'orifice utérin est quelquefois douloureux, ou bien il le devient lorsqu'on le comprime légèrement, et presque toujours, même quand il est indolent tout à fait, cette pression y détermine un écoulement sanieux ou sanguinolent; cet écoulement produit par la compression, précède quelquefois de plusieurs années le développement des symptômes généraux, et il se renouvelle toutes les fois que les femmes se livrent au plaisir de Vénus. Mais on ne l'observe pas dans tous les cas de cancer à la matrice. » (Bayle, t. II, p. 7.)

Si la maladie a commencé par le corps de la matrice, et, comme le dit Bayle, par la surface interne, le col ne présente pas d'ulcération, mais l'orifice de la matrice est toujours plus ou moins déformé et bâillant, et il en sort une matière fétide, ichoreuse, dans laquelle on aperçoit assez communément de petits débris de substance putride.

A la seconde période, non-seulement le toucher peut faire constater les caractères déjà indiqués, mais on peut arriver avec le doigt à la constatation d'une ou plusieurs végétations cancéreuses qui s'élèvent de la surface ulcéreuse, et acquièrent le volume d'un œuf de moineau, de pigeon et même de poule. (Bayle, t. II, p. 10.)

Troubles généraux; diathèse; marasme. Ces phénomènes ont lieu surtout à une époque avancée du cancer de la matrice. Cependant on voit des femmes qui, dans les commencements de la maladie, avant même qu'elle soit déclarée, éprouvent un malaise qu'elles ne savent à quoi attribuer. Elles sont dans un tel état d'inquiétude, d'agacement, qu'elles ne peuvent garder un seul instant la même position. Il y a là, dans le plus grand nombre des cas, inappétence, une espèce de mélancolie, des douleurs dans diverses parties du corps et même des gonflements subits et peu durables; enfin un état anormal partout. On est à la recherche de la cause d'un pareil malaise, et on est dans l'incertitude, quand une suppression des règles ou des pertes abondantes en rouge mettent le praticien sur la voie de la vérité, et il découvre bientôt les traces évidentes d'un cancer utérin. Mais, en général, on peut dire que tant que la maladie ne produit que des effets locaux, c'est-à-dire quand elle est bornée à un point de la matrice et qu'elle en est à ses commencements, elle n'affecte pas la constitution, l'appétit est conservé. Ce qu'il y a de plus trompeur, c'est qu'un état même avancé de ce cancer, n'est pas incompatible avec une certaine fraîcheur de la femme, surtout avec un état d'embonpoint tout à fait rassurant.

Dans les premiers degrés, la circulation n'est pas notablement dérangée. Le pouls, en effet, ne présente pas une fréquence notable; mais quand vient le troisième et dernier degré, le pouls est faible et en même temps fréquent. Il se manifeste des exacerbations qui n'ont rien de régulier. Dans la plupart des cas, naît ce qu'on appelait une fièvre hectique avec plusieurs redoublements dans la journée. La fièvre finit par avoir une continuité complète et le pouls s'affaiblit peu à peu. C'est quand les troubles généraux commencent à se manifester, qu'on dit que la diathèse s'établit. On en observe des symptômes au dernier degré. La nutrition en effet s'altère, la peau prend une couleur pâle et un peu jaunâtre. Quelquefois serpentent sur la face des stries bleuâtres; cet effet a surtout lieu quand la malade avait naturellement la peau très-blanche. La maigreur est prononcée. Il y a un défaut de ton, de résistance dans tous les tissus. Les chairs sont molles, pendantes quand il y avait antérieurement de l'embonpoint. C'est alors que le manque d'appétit est sensible. On voit en effet la malade rejeter les mets qu'elle recherchait autrefois. Le ventre comme on le dit, est resserré; les matières fécales sont brunes et endurcies.

Voici comment Dugès et madame Boivin s'expriment sur la diathèse et le marasme : « C'est ordinairement avec l'ulcération que coexistent le dépérissement, le marasme et les signes de la diathèse cancéreuse. On voit, en effet, des femmes porter, pendant de longues années, un énorme squirrhe, et conserver, au milieu des douleurs, un certain embonpoint

et même les joues colorées. Mais souvent aussi, privées de repos par des douleurs atroces (1) dans l'hypogastre, la région du sacrum, ou bien encore dans les lombes, les fesses, les fosses iliaques et plus souvent dans toute la longueur des cuisses, soit selon le trajet du nerf sciatique, soit dans l'étendue du nerf crural, douleurs rarement continuelles, mais se renouvelant par accès, une, deux, trois fois par jour, et se soutenant chaque fois pendant plusieurs heures; elles s'épuisent et s'affaissent par degrés. Minées par le dérangement des digestions, la perte de l'appétit, les flatuosités, les vomissements, la fièvre qui en résulte, elles dépérissent avec lenteur. La pâleur et la faiblesse sont même beaucoup plus précoces que l'amaigrissement; et nous avons vu telle personne encore douée d'un fort embonpoint, prendre un teint jaunâtre et cireux, et ne pouvoir, sans essoufflement, sans fatigue, passer d'une chambre à l'autre, ou du lit à la chaise longue. Parfois les douleurs des cuisses et des jambes se changent en une sorte de paralysie, ou du moins d'insensibilité, d'engourdissement, ordinairement accompagnés d'un œdème considérable; d'ailleurs la tumeur, ordinairement très-volumineuse alors, arrête l'urine dans les uretères mêmes et jusque dans les reins, rend l'évacuation des matières fécales impossible, et ajoute ainsi des souffrances accessoires aux souffrances essentielles ou directement dues au cancer » (Boivin et Dugès, *Mal. de l'ut.*, tome II, page 14.)

Durée et terminaison. La durée ordinaire est très-variable. En général, elle paraît être en raison inverse de l'intensité des douleurs. Communément elle est d'un an à un an et demi, ou deux ans; dans certains cas assez rares, elle entraîne la mort au bout de cinq à six mois; dans d'autres cas, elle ne devient mortelle qu'après cinq ans. Elle peut même durer bien plus longtemps. (Bayle, t. II, p. 1.)

Le même auteur ajoute : « Quelques malades périssent au commencement du troisième degré; d'autres, à une époque bien antérieure et dans un moment où elles conservent encore tout leur embonpoint naturel; ce sont presque toujours celles dont les douleurs locales étaient les plus insupportables. Quelques-unes meurent d'une péritonite symptomatique, ou d'une hémorrhagie utérine; d'autres succombent à une fièvre atonique, souvent accompagnée de délire, ou à des convulsions qui paraissent déterminées par l'excès des douleurs. Lorsqu'aucun de ces accidents n'abrége la durée de la maladie, ce qui arrive dans le plus grand nombre de cas, les malades sont réservées à un sort affreux; tous les symptômes continuent à empirer; l'appétit se perd totalement. Il survient de temps à autre des vomissements glaireux ou bilieux. Il se manifeste quelquefois des borborygmes, des rots et les coliques venteuses les plus cruelles. Quelques malades éprouvent une constipation opiniâtre; d'autres, un dévoiement excessif. Il en est qui ont alternativement l'une et l'autre. On observe quelquefois à cette époque et assez souvent un peu plus tard, un grand nombre d'aphthes à l'intérieur de la bouche, en un mot, tous les signes de la cachexie cancéreuse la plus prononcée. Dans les dernières semaines, quelques-unes de ces femmes ressemblent à des squelettes. Les autres, en plus grand nombre, ont une légère bouffissure générale. Il en est même quelques-unes dont les membres inférieurs deviennent œdémateux. Les forces sont épuisées, les malades peuvent à peine rester levées pendant quelques heures. L'état de l'ulcère empire chaque jour. » (*Traité des maladies cancéreuses*, par G.-L. Bayle, t. II, p. 1 et 11)

En commençant cet article, nous avons fait l'anatomie pathologique de la matrice affectée de cancer; nous pouvons renvoyer à cette partie de notre travail, la description des résultats cadavériques, pour ce qui a trait à la matrice elle-même. Mais nous placerons ici un court aperçu de ce qu'on observe sur le cadavre, du côté des organes qui avoisinent la matrice et l'exposition de l'état des diverses parties du corps des sujets morts d'un cancer ulcéré de cet organe.

« Les organes voisins de la matrice sont ordinairement intacts, du moins ils ne

(1) Quelquefois tellement violentes, selon MM. Bayle et Cayol, qu'on a vu des malades périr dans les convulsions ou dans le délire d'une fièvre cérébrale.

sont lésés que dans une très-petite étendue, lorsque la matrice conserve son volume ordinaire, et qu'elle n'est pas ulcérée dans toute son épaisseur. Mais, dans ce dernier cas, de même que lorsque la matrice a beaucoup augmenté de volume, l'altération de ce viscère propage ses effets pernicieux jusque dans les parties voisines; ainsi, quelquefois le tissu cellulaire graisseux, placé vers le col de la matrice, acquiert beaucoup de volume, devient dense et semblable à du lard, et il offre de petites cavités remplies de pus, ou bien il présente des ulcérations sur lesquelles s'élèvent des végétations fongueuses et putrides. Quelquefois l'ulcération pénètre du col de la matrice jusque dans la vessie, dont une partie est quelquefois aussi squirrheuse et ulcérée dans une plus ou moins grande étendue. Quand elle est seulement squirrheuse dans certaines parties, l'issue des urines n'est pas toujours libre, et il peut en résulter une énorme distension de la vessie. La lésion de la matrice se propage plus souvent au rectum qu'à la vessie. On voit alors l'ulcération cancéreuse pénétrer par une ou plusieurs ouvertures de la matrice ou du vagin dans le rectum, dont la partie correspondante est alors épaissie, dense, squirrheuse et ulcérée dans une certaine étendue.

» Le vagin est souvent intact lorsque l'ulcère n'occupe que la cavité du corps de la matrice; mais si l'ulcération occupe l'orifice de l'utérus, ou toute l'étendue de ce viscère, le vagin est souvent épaissi et recouvert d'une sorte de couenne livide et putride, qui peut être séparée de dessus la membrane du vagin; d'autres fois cette membrane est ulcérée, rouge ou livide, et quelquefois sèche, rugueuse et comme grillée ou rissolée. Nous l'avons vue ainsi transformée dans quelques endroits en dégénération cancéreuse, comme lardacée. Enfin, dans quelques cas, le vagin, d'ailleurs intact, présente de petites lacunes qui paraissent être des cryptes muqueux. Dans les divers cas dont nous venons de parler, le vagin n'est communément affecté que dans sa partie supérieure, et il est sain près de la vulve.

» La tunique péritonéale de la matrice participe très-rarement à la lésion de ce viscère, et elle n'est altérée que lorsque la matrice offre quelque portion transformée dans toute son épaisseur en escarre putride, ou totalement détruite; alors quelquefois le péritoine est rouge, et il n'est même pas rare qu'il soit lésé dans une étendue très-considérable; ce qui produit une péritonite chronique avec épanchement de pus ichoreux, très-fétide et très-abondant, dans lequel nagent des flocons albumineux.

» Nous n'avons pas vu, dans le cancer de la matrice, l'engorgement des glandes inguinales; il est cependant probable qu'il a lieu quelquefois; car il en est parlé dans quelques auteurs modernes.

» Examinons maintenant l'état des parties qui ont des rapports moins directs avec la matrice cancéreuse. Comme dans toutes les affections profondes des viscères qui sont accompagnées de marasme, on trouve à la suite des ulcères de la matrice tous les solides flasques et privés d'une partie de leur ressort; les os sont très-fragiles, surtout lorsque les malades avaient atteint un âge avancé; mais ils ne le sont pas plus que dans les autres maladies qui ont duré le même temps. Les muscles sont peu colorés et ils sont réduits à un petit volume; la graisse a presque totalement disparu et celle qui reste est jaunâtre; le foie est gras chez quelques sujets; les vaisseaux sanguins sont presque vides, et tous les viscères qui ne sont point lésés d'ailleurs, sont décolorés et dans un état d'atonie remarquable; aussi la plupart des cadavres ne présentent presque point cette rigidité qu'on a regardée comme un signe de mort, et leurs membres conservent une flexibilité étonnante, ou bien ils acquièrent cette flexibilité avec une inconcevable facilité. » (Bayle, *Traité des Maladies cancéreuses*, t. II, p. 17.)

Diagnostic du cancer de la matrice. Ce que nous avons dit dans la symptomatologie, et le soin que nous avons pris de discuter à part et avec le secours des meilleures autorités, les principaux symptômes, tout cela pourrait nous dispenser de revenir au diagnostic et de le traiter d'une manière particulière. Mais pour

une affection si grave et sur un sujet si obscur, les lumières du diagnostic ne peuvent jamais être trop nombreuses.

Nous allons maintenant jeter un coup d'œil sur les maladies ou les symptômes qui peuvent donner le change, et établir ainsi un diagnostic différentiel. 1° Le cancer de la matrice est quelquefois confondu avec une maladie de cet organe, qui peut le produire et qui ne constitue pas une dégénérescence; 2° la confusion peut avoir lieu entre une autre dégénérescence et le cancer; 3° enfin, on peut croire à un cancer quand il n'y a qu'une lésion de sécrétion et quelquefois un dérangement ou une simple anomalie de la menstruation; c'est-à-dire qu'on peut croire à un cancer utérin, quand la matrice n'est nullement altérée dans ses éléments anatomiques. C'est l'inflammation chronique qui est souvent confondue avec le cancer utérin, car elle peut exister avec presque toute la symptomatologie de cette dégénérescence.

L'ulcération simple de la matrice est encore bien plus favorable à l'erreur; en effet, il y a ici la circonstance de l'ulcération, qui est un caractère propre du cancer, et, de plus, la phlegmasie qui accompagne presque toujours l'ulcération, il y a donc double cause d'erreur.

Rappelons les traits principaux de la métrite chronique, pour faire éviter la confusion de cette phlegmasie avec le cancer : l'augmentation du volume de la matrice ou de quelqu'une des portions de ce viscère, le comprime et excite des douleurs quelquefois insupportables. Si la phlegmasie s'est emparée du col ou d'une portion du col de la matrice, la partie enflammée est plus molle, plus volumineuse, et quelquefois manifestement plus chaude que dans l'état naturel. Par la compression, elle résiste moins que les parties de la matrice non enflammées, et on y excite une douleur manifeste. Le col de la matrice, gonflé par cette inflammation, est uni, et lors même qu'on y sent des portions endurcies, elles sont quelquefois à plus de deux lignes de profondeur.

Si toute la matrice est prise d'inflammation, en la touchant du côté du col en même temps que l'on presse doucement les parois de l'hypogastre, on reconnaît quelquefois l'augmentation de son volume. La palpation hypogastrique excite des douleurs plus ou moins vives. Ordinairement on détermine aussi des douleurs, en pressant l'un ou l'autre des côtés de l'hypogastre ou même les régions iliaques.

Parfois les malades éprouvent une pesanteur habituelle au fond du vagin, quelquefois des envies continuelles d'aller à la selle, qui ne sont déterminées que par la compression que la matrice exerce sur le rectum.

Si l'inflammation augmente, il y a souvent des douleurs dans les lombes et dans les cuisses, de même que dans la région hypogastrique. Mais ces douleurs se calment beaucoup ou disparaissent complétement lorsque l'inflammation diminue.

La métrite chronique ne produit ni fièvre habituelle, ni amaigrissement, ni décoloration, ni aucun des autres effets généraux dus aux maladies cancéreuses et aux autres maladies organiques, qui tendent à détruire le viscère dans lequel elles ont leur siége.

Ce qui a trait à l'ulcération, sera mieux compris quand nous aurons étudié celles du col de l'utérus. On verra alors combien il peut en exister qui ne sont nullement cancéreuses.

L'ulcère non cancéreux est reconnu par la manière dont la maladie a commencé, par la matière de la suppuration, par l'état général de la malade, par l'état non squirrheux du siége de l'ulcération, et, plus ordinairement encore, par l'effet des moyens curatifs et par l'issue de la maladie.

Bayle rapporte un fait que nous allons transcrire. S'il n'avait pas eu son talent pour le diagnostic et sa bonne foi, il aurait pu très-bien citer ce cas comme une guérison de cancer.

Obs. 1. Voici l'observation :

« Une femme âgée de trente-six ans, que je traitais depuis plus de six mois, avait une phlegmasie chronique de la matrice, qui durait depuis trois ans, et qui avait été prise pour un squirrhe de cet organe prêt à dégénérer en ulcère cancéreux. Cette femme devint enceinte au moment où le col de la matrice était presque tota-

lement désenflé. Au second mois de la grossesse, un accident ayant déterminé l'avortement, il y eut une hémorrhagie abondante. Une autre femme imagina de boucher l'orifice de la matrice avec un petit morceau de bois, et elle y occasionna des douleurs si violentes, que la malade ne put les supporter. Je fus appelé quelques jours après. Tout le col de la matrice était extrêmement enflé, plus chaud que dans l'état naturel, et un peu plus mou. La moindre pression y déterminait de violentes douleurs. Malgré l'emploi des divers moyens qui paraissaient convenables, cette maladie se prolongea, et environ deux mois après la fausse couche, le gonflement du col de la matrice ayant diminué, j'examinai l'orifice de l'utérus, par où il sortait chaque jour une certaine quantité de matière un peu sanguinolente et purulente. J'y trouvai une ulcération plus large que l'ongle du pouce. Un chirurgien célèbre qui fut consulté trouva la même ulcération, et regarda la maladie comme un cancer ulcéré. Un mois après cette époque la maladie subsistait encore. La malade avait extrêmement maigri. Elle avait eu une hémorrhagie utérine abondante. Elle éprouvait une insomnie habituelle, des douleurs vives dans l'hypogastre, dans les reins, les hanches et les cuisses; et, en outre, elle ressentait fréquemment des élancements douloureux au col de la matrice. Le pouls était petit et fréquent, la peau blême et terreuse; et la malade ne pouvait point quitter le lit par suite de sa débilité universelle, et surtout parce qu'elle éprouvait des hémorrhagies utérines toutes les fois qu'elle voulait se lever.

» Je prescrivis l'usage intérieur de quinquina en décoction, la boisson d'eau de riz édulcorée avec le sirop de grande consoude, une application constante de fomentations émollientes sur l'abdomen, des injections journalières et répétées cinq à six fois par jour pendant dix à quinze minutes à chaque fois, et en variant le liquide de l'injection qui était tantôt une décoction de têtes de pavot, tantôt une décoction de bistorte et quelquefois même de quinquina, d'autres fois une décoction de morelle et de jusquiame, etc.

» A l'aide de ces moyens et d'un régime analeptique, les accidents se calmèrent peu à peu, et au bout d'environ deux mois, c'est-à-dire cinq mois après la fausse couche, la malade était parfaitement rétablie. Il n'y avait plus de douleurs, il ne restait point d'ulcérations au col de la matrice, et depuis six ans, c'est-à-dire depuis le mois de septembre 1806, la malade n'a plus eu la moindre apparence d'ulcération à la matrice. Elle est réglée avec régularité, et n'a point de flueurs blanches. Il est cependant resté une petite dureté à l'orifice de la matrice, et le col de ce viscère est tout à fait porté en arrière, depuis la guérison de cette ulcération et de la phlegmasie chronique qui l'avait précédée et qui l'accompagnait. » (Bayle, *Traité des Maladies cancéreuses*, t. II, p. 35.)

Après cette observation, Bayle fait les réflexions suivantes :

Si déjà, à cette époque, je n'avais pas distingué avec soin le squirrhe de la matrice, de la phlegmasie chronique de cet organe, et des ulcères non cancéreux, j'aurais sans doute cru avoir obtenu la guérison d'un cancer ulcéré de la matrice, et j'en aurais conclu que ces cancers ne sont point incurables.

Du reste, la guérison de cet ulcère n'a rien qui doive réellement surprendre, puisqu'on voit guérir assez souvent la déchirure du col de la matrice à la suite de certains accouchements laborieux, et la plaie bien autrement considérable qui résulte de l'opération césarienne. Lorsque l'ulcère de la matrice est produit par le virus syphilitique, il n'est pas non plus incurable. Cullerier a guéri par l'usage du mercure, des ulcères vénériens du col de la matrice, qui duraient depuis plusieurs années et qui avaient déterminé plusieurs symptômes des ulcères cancéreux (*Exposé des symptômes de la maladie vénérienne*, par M. Lagneau, 3e édit., p. 380). De pareils faits ne suffisent-ils pas pour expliquer la plupart des guérisons de cancer de la matrice qu'on trouve dans les auteurs, et ne confirment-ils pas ce que l'exacte observation nous apprend de l'incurabilité des ulcères cancéreux?

La confusion peut avoir lieu entre le

cancer et une dégénérescence bénigne ou maligne, avec un tissu à analogue, ou un tissu sans analogue dans l'économie.

En faisant l'histoire des corps fibreux de la matrice, nous avons montré que non-seulement ces productions étaient confondues sur le vivant avec le tissu squirrheux, mais qu'à l'autopsie l'erreur était aussi commise. C'est depuis les progrès de l'anatomie pathologique, et surtout depuis les travaux de Bayle, que la confusion commence à devenir beaucoup plus difficile.

Les corps fibreux, au lieu d'être formés comme les squirrhes par un tissu particulier et spécial, lardacé, celluleux, luisant, demi-transparent, etc., les corps fibreux sont formés par un tissu composé de filaments et de faisceaux fibreux, analogues aux tissus musculaires, fibro-cartilagineux ou osseux; ces corps ne se ramollissent pas, ils se durcissent jusqu'à s'ossifier. Nous ajouterons que parmi les nombreux exemples de cancer de la matrice qui se sont offerts à nous, il n'en est aucun dans lequel l'origine de l'ulcère cancéreux pût être rapporté à la dégénération d'un corps fibreux de la matrice. D'après tous ces détails, on voit que la tuméfaction considérable et indolente d'une des portions de la matrice, ou de tout le corps de cet organe, n'est pas le signe d'une maladie squirrheuse, susceptible de former un ulcère cancéreux; que les tumeurs très-dures et indolentes, qui font saillie au col de la matrice ou à l'orifice utérin, ne sont pas le principe du cancer de la matrice, mais pour l'ordinaire des corps fibreux qui peuvent être extirpés avec succès quand ils sont pédiculés; que les auteurs qui ont regardé les tumeurs fibreuses de la matrice comme le premier degré du cancer utérin, n'avaient pas des notions assez précises sur la nature de ces deux maladies. (Consultez notre article : *Corps fibreux.*)

Les polypes de l'utérus peuvent être formés par un tissu avec analogue ou par un tissu sans analogue dans l'économie. Ils peuvent donc former des tumeurs bénignes ou malignes, c'est-à-dire avec participation de tout l'organisme à la lésion, ou bien sans aucune participation, comme sont les polypes simplement fibreux. Quand le polype, au contraire, est formé par une vraie dégénérescence, par un tissu sans analogue, non-seulement il peut ressembler au cancer par les symptômes locaux, mais par l'état général auquel il donne lieu. C'est quand les polypes sont dans le corps de la matrice qu'ils peuvent plus facilement tromper. En effet, lorsqu'ils restent enfermés dans la matrice et qu'ils distendent jusqu'à un certain point ou qu'ils irritent la cavité de ce viscère, ils déterminent des métrorrhagies chroniques, des écoulements de diverse nature, et quelquefois une altération du museau de tanche qui peut être prise pour un ulcère cancéreux. L'état plus lisse, plus mou du museau de tanche, le bâillement plus ou moins prononcé et toujours sans induration de l'orifice utérin, indiquent l'absence de la dégénération cancéreuse; et, dans les cas douteux, en pratiquant de nouveau le toucher tous les mois, on finit presque toujours par obtenir les notions dont on avait besoin. Quand la maladie est un polype, celui-ci finit quelquefois par dilater l'orifice de la matrice et par franchir le col utérin. Il est alors facile à reconnaître; d'autres fois, sans franchir l'orifice utérin, il le dilate assez pour ne plus laisser d'incertitude sur la nature de la maladie.

Ecoulements. Presque tous les écoulements qui viennent de la matrice ont été pris pour des cancers utérins, parce qu'en effet cette maladie est presque toujours accompagnée de ce symptôme. Ce sont les flueurs blanches et les menstrues, deux flux qui peuvent être parfaitement naturels, et qui par certaines altérations, certaines anomalies, peuvent être considérés comme un symptôme très-important du cancer, et dont certains praticiens se sont contentés pour se prononcer sur l'existence du cancer utérin. La valeur de l'écoulement, comme élément de diagnostic, était surtout grande quand on ne procédait presque pas au toucher et qu'on ne savait pas convenablement appliquer le speculum.

Il arrive quelquefois que les flueurs blanches deviennent si abondantes, et qu'elles sont accompagnées de symptômes si pénibles, soit du côté du vagin,

soit du côté de la matrice, qu'il est assez difficile de distinguer si la maladie est le simple résultat d'une sécrétion viciée, ou si elle tient à une légère ulcération de la matrice. En effet, les malades éprouvent des cuissons, des démangeaisons et des élancements dans le vagin, et surtout dans la matrice ; elles comparent quelquefois ces élancements à des coups de canif, et si en même temps elles sont sujettes à des règles trop abondantes, à des douleurs abdominales et lombaires, etc., il est quelquefois aisé de se tromper, d'autant mieux que la plupart de ces femmes ont le museau de tanche un peu mollasse, et l'orifice de la matrice souvent bâillant et irrégulier. Ce n'est que par l'effet des médicaments et à l'aide du temps qu'on parvient à distinguer cette maladie, d'avec les ulcérations de la cavité du corps de la matrice.

Il arrive cependant quelquefois que les femmes qui, pendant plusieurs années, ont éprouvé ces symptômes à diverses reprises, finissent par être affectées d'un cancer utérin ; mais cela prouve seulement que cet écoulement ne préserve point du cancer, car le nombre de femmes chez lesquelles cette funeste maladie se déclare à la suite de ces écoulements est assez rare ; et presque toutes les maladies cancéreuses de la matrice se montrent sous leur véritable caractère avant de déterminer un écoulement abondant et fétide.

Les dérangements des règles. Quelquefois les règles qui, jusqu'à ce moment, avaient été régulières et sans orages, deviennent tout à coup orageuses ; elles sont précédées, accompagnées ou suivies de douleurs vives et comme lancinantes du côté de la matrice. Les malades éprouvent en même temps des douleurs dans les deux côtés de l'hypogastre ou au milieu de cette région ; elles éprouvent des douleurs aux lombes et aux cuisses, et elles ressentent un poids incommode au fond du vagin.

Ces douleurs se dissipent au bout de quelques jours ; elles sont précédées ou suivies d'un écoulement séreux ou sanguinolent. Quelquefois, elles sont accompagnées d'une véritable perte de sang. A chaque mois, les orages deviennent plus forts et plus menaçants.

Il est quelquefois assez difficile de prononcer avec assurance dans ces sortes de cas, d'autant mieux qu'il n'est pas très-rare de voir le cancer utérin débuter de la même manière. Mais en touchant le col de la matrice, en faisant suivre un régime approprié à cet état, en prescrivant un traitement convenable, on ne tarde pas à reconnaître le véritable caractère de la maladie. Si la matrice est affectée de cancer, les symptômes, quoique suspendus pendant un certain temps, reparaissent, et le véritable caractère de la maladie devient plus manifeste de jour en jour.

Les écoulements utérins qui succèdent aux couches. Quoiqu'il soit très-rare de voir une maladie cancéreuse de l'utérus se développer immédiatement après une couche, comme cependant la chose n'est pas sans exemple, il est important d'être averti à cet égard.

Il résulte quelquefois, à la suite des couches, un écoulement qui n'est point encore terminé au bout de deux mois ; tant que cet écoulement est indolent et qu'il n'offre que les symptômes ordinaires des lochies ou des flueurs blanches, il n'est point inquiétant. Mais quelquefois il est séreux, ou ichoreux et fétide, ou même putride. Il est accompagné de douleurs utérines, et d'une fréquence inusitée du pouls, d'un amaigrissement marqué et d'une décoloration manifeste. Cet écoulement devient quelquefois sanieux ou sanguinolent par les causes les plus légères ; il est tantôt plus, tantôt moins abondant, et toujours fétide.

En suivant cette maladie avec soin, en examinant la matrice avec attention, en prescrivant les médicaments internes et les injections convenables, et surtout en ne se hâtant point trop de se prononcer, on finit par découvrir la véritable cause de ces divers symptômes, et on vient souvent à bout de guérir cette maladie lorsqu'elle n'est point cancéreuse. Dans ce dernier cas, au bout d'un certain temps, l'état du col de la matrice, et l'augmentation progressive des symptômes font apercevoir d'une manière évidente la nature de la maladie. (Bayle, *traité des Maladies cancéreuses*, t. II, p. 27.)

Nous terminerons ce qui a trait au dia-

gnostic par ce passage extrait du troisième volume du livre de M. Lisfranc. Cet extrait d'un livre appartenant à un chirurgien qui a une si longue expérience des maladies de l'utérus sera une nouvelle preuve des immenses difficultés qui entourent le praticien quand il a à se prononcer sur une affection grave de l'utérus ou à prendre une détermination thérapeutique basée sur la connaissance exacte de la maladie.

« Le cancer de l'utérus, sans ulcération, est très-rare; le carcinome commence presque toujours, au contraire, par des ulcères qui sont d'abord simples; Bayle a émis cette dernière opinion, basée sur un très-grand nombre de faits; je la partage entièrement: il faut étudier avec soin l'affection carcinomateuse occulte, afin de ne pas commettre des erreurs de pronostic lorsqu'il s'agit d'engorgements douloureux et surtout anciens; elle fait, dans la plupart des cas, une explosion terrible, qui épouvante le chirurgien, et qui soumet immédiatement, pour ainsi dire, les malheureuses malades, à d'atroces et à d'intarissables douleurs; c'est au moment où la tumeur s'ouvre.

» Le cancer dont nous nous occupons peut se développer sur le col ou sur le corps de l'organe gestateur, et, dans certaines circonstances, sur tous les deux en même temps; j'ai fait un très-grand nombre d'autopsies; les carcinomes occultes fort rares que j'ai rencontrés, ne m'ont pas appris sur lequel de ces deux points ils étaient plus communs.

» Leurs causes sont celles des autres engorgements et des ulcérations simples de la matrice.

» Je n'ai observé le cancer dont je traite, que chez des femmes qui avaient dépassé l'âge de quarante ans; je conçois d'ailleurs qu'il peut exister beaucoup plus tôt, surtout sur les malades affectées de tumeurs fibreuses retenues dens l'épaisseur des parois utérines.

» Il est des carcinomes occultes indolents.

Obs. 2. » Une femme portait un engorgement de l'utérus; elle éprouvait seulement de la pesanteur dans le bassin; elle y ressentait souvent de l'augmentation de chaleur; elle était soumise à des écoulements blancs abondants, à des pertes rouges fréquentes; les fonctions du canal intestinal étaient presque toujours normales; la constitution se soutenait assez bien; la santé générale était ordinairement bonne. L'affection morbide résistait, d'ailleurs, aux moyens de l'art; j'avais même fait appliquer deux cautères sur les parties latérales, antérieures et inférieures du ventre; le col de la matrice qui, comme le corps de cet organe, avait au moins triplé de volume, offrit d'abord au toucher une sorte de fluctuation très-distincte; l'état local et général que je viens de décrire persistait; les faiseurs de diagnostic auraient assuré qu'il s'agissait ici d'une collection purulente produite par la fonte de quelques tubercules; je m'abstins de donner une opinion sur la nature de la maladie; j'étais d'ailleurs persuadé que, si l'affection morbide était simple, la présence d'un abcès froid concourrait à diminuer l'engorgement; que, si nous avions affaire à un cancer, des douleurs violentes devraient se développer à dater du moment, pour ainsi dire, où l'on aurait donné issue à l'ichor qu'il renfermait.

» Trois semaines s'écoulent; aucune douleur ne se fait sentir; mais la tumeur s'ouvre; il en sort une humeur ichoreuse abondante; la malade éprouve bientôt des élancements violents dans l'utérus, un sentiment de déchirure, de torsion qui lui fait pousser des cris; elle dit qu'elle souffre comme si l'on plongeait dans le bassin des lames de couteaux rougies au feu; la fièvre s'allume; le dévoiement survient; il alterne avec une constipation opiniâtre; le sommeil est troublé par les souffrances; la maigreur se montre; elle marche rapidement; le teint prend la couleur jaune-serin.

» Je pratique le toucher; je reconnais une solution de continuité, offrant la largeur d'une pièce de deux francs; elle est très-profonde; introduit dans la cavité qu'elle forme, le doigt indicateur remonte dans l'épaisseur du tissu utérin jusqu'au-dessus de l'insertion supérieure du vagin; j'applique le speculum; l'aspect de la solution de continuité est grisâtre; ses bords sont frangés et un peu renversés, ils saignent avec facilité, on voit déjà des végétations sur la surface dénudée; le contact du pinceau exaspère sa sensibilité.

» Des pertes rouges abondantes surviennent, elles sont remplacées par des écoulements ichoreux exhalant une odeur infecte *sui generis* et caractérisant le cancer confirmé de la matrice.

» La profondeur de l'ulcération, le volume considérable de l'engorgement de l'organe ne permettant pas de tenter une opération, il fallut se retrancher sur les moyens palliatifs; deux mois après, la malade n'était plus; l'autopsie justifia notre diagnostic.

» Le carcinome occulte de l'utérus offre tous les symptômes des autres engorgements, avec induration de cet organe; il est très-difficile, s'il n'est pas impossible, de l'en distinguer.

» La douleur lancinante appartient non-seulement au squirrhe, mais encore aux engorgements blancs simples; pour tous les observateurs, ce fait est incontestable.

» L'ancienneté de la tumeur ne prouve rien, car il est des indurations qui datent de vingt ans au moins, une fièvre grave fait succomber les malades; la nécropsie démontre quelquefois que ces indurations ne sont pas même squirrheuses; je possède des observations de ce genre.

» La dureté très-considérable de l'engorgement, ses bosselures dont les unes sont molles et les autres dures, la couleur d'un blanc mat, jaune et comme éburné qu'on observe à l'aide du speculum sur le col utérin, ne fournissent que des présomptions en faveur du cancer; j'ai vu alors des abcès simples se montrer, et l'affection morbide guérir sous l'influence de la thérapeutique ordinaire.

» Il est des circonstances dans lesquelles une ulcération superficielle et simple siége sur l'extrémité inférieure de la matrice; l'utérus est engorgé, derrière cette ulcération se fait sentir un ramollissement très-notable; ce ramollissement est susceptible de tenir : 1° à la présence de la matière tuberculeuse; 2° à du pus profondément situé; 3° au tissu utérin qui tend à revenir à l'état normal; 4° à une hypertrophie simple de l'organe; 5° à de la bouillie carcinomateuse; ces divers états étant essentiellement distincts, et pouvant fournir des symptômes identiques, il n'est pas permis d'établir un diagnostic certain.

» On guérit assez souvent des ulcérations douteuses siégeant sur des engorgements utérins, qui, comme elles, ne résistent pas aux moyens de l'art; la cautérisation et l'iodure de potassium administrés à l'intérieur ne sont pas même employés; on jugera par ces faits de l'obscurité de la nature de la maladie; des solutions de continuité simples, accompagnées d'engorgements très-durs, sont quelquefois couvertes de végétations fort développées et non cancéreuses.

» Les autres phénomènes locaux ne servent pas davantage à prouver pour ou contre l'existence du cancer occulte, il ne sera peut-être pas inutile de rappeler ici que les auteurs appellent de ce nom le carcinome non encore ulcéré.

» L'affaiblissement très-grand et même fort rapide de la malade, l'excessive maigreur, la couleur jaune-paille de la face, l'inappétence, les envies de vomir, les vomissements, les digestions très-difficiles, et quelquefois même impossibles, l'innervation extraordinairement exaltée, les mouvements fébriles qui se manifestent le soir, etc., se font observer dans le cancer, dans le squirrhe et jusque dans les engorgements blancs simples.

» Le carcinome occulte se présentant quelquefois sous l'aspect le plus bénin, et les indurations blanches simples offrant assez souvent les phénomènes qui appartiennent à cette espèce de cancer, il est évident qu'il n'est pas possible d'établir le diagnostic de ces affections morbides; or, le praticien prudent reste dans un doute philosophique, persuadé qu'il est d'ailleurs, nous le répétons, que les affections carcinomateuses occultes de l'utérus sont assez rares. » (Lisfranc, *Clinique chirurg.*, t. III, p. 507.)

Pronostic du cancer de la matrice. M. Duparcque dit que les médecins ne sont pas d'accord sur le pronostic du cancer de l'utérus; selon nous, au contraire, c'est la partie de l'histoire de cette grave maladie sur laquelle règne le moins de dissentiment. Le cancer de la matrice est éminemment grave et comme tous les autres cancers sa terminaison doit être funeste. Un cancer peut se constituer en état de tolérance pendant longtemps, un cancer peut être placé dans cette disposition par une thérapeutique bien dirigée,

un cancer peut être amoindri, détruit, extirpé ; mais *le guérit-on jamais complétement, radicalement?* Peut-on le guérir en partie, peut-on le prévenir ? Voilà donc les questions qu'on doit se poser si on veut réellement être utile aux malades et aux praticiens. Les questions porteront donc sur le degré de curabilité, sur l'influence des moyens préservatifs. Ces deux questions seront résolues différemment selon qu'on fera jouer un grand rôle à l'inflammation dans la production du cancer ou qu'on ne reconnaîtra pas son influence dans cette production. En effet, dans le premier cas, en combattant l'inflammation considérée comme point de départ de la dégénérescence et comme l'entretenant, on doit quelquefois empêcher la naissance, puis le développement du cancer; car le traitement de l'inflammation est connu, il est assez souvent employé avec succès. Au contraire, si on est amené à nier le rôle de l'inflammation dans la naissance et l'accroissement du cancer, on est conduit ou à une négation absolue de toute thérapeutique, ou à l'emploi de moyens dont l'application n'est pas méthodique et dont les résultats sont plus que douteux.

Nous allons laisser parler l'auteur moderne qui représente la première opinion; c'est la plus consolante si elle n'est pas la plus vraie.

« Puisque les ulcères simples peuvent, par le fait seul de leur ancienneté, provoquer l'altération cancéreuse; puisque celle-ci a souvent besoin, pour se manifester dans une partie, qu'une irritation phlemasique ou autre l'y appelle, il est évident qu'en détruisant, en guérissant ces lésions simples avant que par leur persistance elles aient modifié la vitalité de la partie malade qui la rend apte à contracter l'altération cancéreuse, ou avant l'époque où la disposition organique ou diathèse cancéreuse, qu'elle soit générale ou locale, a coutume de se manifester surtout chez les personnes qui sont sous la fâcheuse influence de l'hérédité, il est évident, selon nous, qu'alors on aura prévenu le développement de cette horrible maladie. On trouve dans les auteurs des observations qui pourraient être invoquées à l'appui de cette assertion. Notre savant antagoniste sur cette matière, M. Teallier, en fournit lui-même des exemples dans son ouvrage. En voici de plus concluants :

Obs. 3. » Je fus appelé, il y a trois ans, à Saint-Germain-en-Laye, par M. le docteur Lamare, praticien distingué de cette ville, pour une de ses clientes, parvenue au dernier terme d'un cancer de la matrice dont l'origine remontait, d'après elle, à un avortement arrivé à l'âge de trente-deux ans, à la suite duquel cette dame avait été tourmentée par une leucorrhée habituelle. Au bout de quelques années, ses règles étaient devenues moins abondantes, elle éprouvait des lassitudes dans les reins, de la pesanteur, de la chaleur dans le bassin. Vers quarante-quatre ans, quelques pertes se manifestèrent, et depuis, la maladie fit des progrès qui l'avaient conduite aux portes du tombeau quand je la vis. Si sa position la tourmentait, elle n'éprouvait pas moins de vives inquiétudes sur le compte de sa fille, alors arrivée à l'âge où elle-même rapportait les préludes de sa maladie, et qui était en proie à des symptômes qu'elle trouvait absolument semblables à ceux qu'elle-même avait d'abord éprouvés, et qui, comme chez elle, s'étaient montrés à la suite d'un accouchement prématuré. Quelques jours après, cette dame vint à Paris; je l'examinai, et je trouvai le col engorgé, sa lèvre postérieure dure et saillante, et sur cette lèvre une érosion saignante. Obligée de retourner chez sa mère pour lui donner les derniers soins, elle ne put se soumettre aux moyens que je lui avais prescrits : deux mois plus tard, l'ulcération était plus étendue et le col encore augmenté de volume. Continuation de la leucorrhée par fois sanguinolente; douleurs de reins, sentiment de brûlure, d'élancements dans les régions sacrée et coccygienne, de lassitudes dans les cuisses et dans les fesses. Les règles revenaient assez régulièrement, mais avec beaucoup moins d'abondance qu'avant son accouchement, et ne coulaient que vingt-quatre heures au lieu de quatre à cinq jours qu'elles duraient alors. Après deux mois et demi d'un traitement approprié, tout symptôme avait disparu, le col de l'utérus était revenu à son état naturel, les règles s'étaient rétablies comme autrefois,

et depuis plus de trois ans et demi la guérison ne s'est pas démentie. » (*Malad. de la matrice*, Duparcque, t. I, 2e éd., p.48.)

Nous avons cité cette observation de M. Duparcque non pour prouver qu'on peut prévenir le cancer de l'utérus, mais pour donner un échantillon des faits qu'on invoque pour constater les succès des moyens préventifs. Il n'est pas nécessaire que nous nous appesantissions sur tous les détails de cette observation pour prouver qu'elle ne prouve rien. Combien n'a-t-on pas vu de ces ulcérations guérir très-bien et ne pas passer au cancer, et cela avec de simples moyens palliatifs, et cela chez les femmes dont les mères avaient eu des cancers ? Après avoir cité d'autres faits ayant la même valeur, M. Duparcque ajoute : « Si ces faits ne suffisent pas pour prouver que les altérations organiques sont susceptibles d'être résorbées, le résultat, de quelques moyens thérapeutiques le confirmerait. Lorsqu'on réfléchit que c'est d'abord et principalement sur les produits des sécrétions cellulaires que porte tout dépérissement, on est moins étonné que les matières de ces altérations soient susceptibles d'être résorbées, puisqu'elle sont aussi un produit, anormal il est vrai, du même tissu, ainsi que nous l'avons dit. Le *cura famis*, dont les puissans effets résolutifs ont été de nouveau constatés par les praticiens modernes, agit-il autrement qu'en entravant les fonctions nutritives et sécrétoires générales, physiologiques et pathologiques, et en provoquant en même temps l'activité des fonctions absorbantes? La compression agit-elle autrement lorsque, par son moyen, on obtient la résolution des engorgements squirrheux, ainsi que l'ont prouvé les précieuses expérimentations faites par M. le professeur Récamier? » (Duparcque.)

Nous ne voulons pas aller plus loin dans la citation sans déclarer que nous ne connaissons aucun fait de squirrhe bien constaté qui soit complétement disparu par le fait de la compression. M. Duparcque est plus dans le vrai, quand il dit que des engorgements squirrheux, très-douloureux, à marche envahissante, ont été arrêtés dans leurs progrès, et même réduits à un noyau indolent inerte.

Maintenant, pour nous, le doute recommence quand notre auteur dit : « Ces petites tumeurs, tolérées par les organes au milieu desquels elles stationnent, n'ont plus désormais de fâcheuse influence sur la santé. On peut les considérer comme de simples corps étrangers, analogues, par exemple, aux balles métalliques qui, après des blessures d'armes à feu, finissent par prendre droit de domicile dans l'économie : veut-on faire l'extirpation de ces tumeurs réduites, leur isolement a rendu l'opération plus facile et surtout plus efficace. Dans tous les cas, ces faits prouvent, contrairement aux opinions des fatalistes, que le cancer n'est pas absolument incurable. »

Selon nous ces faits prouvent qu'on a fait disparaître l'engorgement qui formait une atmosphère au squirrhe, mais ils ne prouvent pas que le squirrhe ait été amoindri, encore moins guéri.

« On oppose aux cas de guérisons définitives, qu'alors il n'y avait pas cancer. Cette objection tombe devant les faits d'opérations faites avec succès définitifs, et après lesquelles l'examen a démontré la nature évidemment cancéreuse des parties enlevées. Quant aux exemples de guérisons par une sorte de résolution, et dans lesquelles le témoignage de l'anatomie pathologique ne peut être invoqué, la fin de non-recevoir qu'on leur oppose est incontestable. Elle se réduit à ce dilemme mal fondé, sorte de cercle vicieux d'où l'on ne peut sortir : le cancer est incurable, parce qu'on ne le guérit pas ordinairement ; on ne peut le guérir puisqu'il est incurable ; donc quand on le guérit, c'est qu'il n'existait pas. »

Ce raisonnement était surtout beaucoup employé par Boyer. Pour notre compte, nous avouerons que, si les antagonistes de la curabilité du cancer n'avaient que des arguments de cette force, M. Duparcque triompherait facilement ; malheureusement il n'en est pas ainsi ; mais continuons à citer notre auteur.

« Et n'a-t-on pas fait les mêmes raisonnements, proclamé les mêmes assertions néfastes sur la phthisie tuberculeuse, maladie qui, dans les conditions de son développement et dans ses conséquences, présente tant de points d'analogie avec

le cancer? N'a-t-on pas établi en principe pour pronostic l'inévitable fatalité de cette maladie et son incurabilité absolue?

» Et cependant des faits authentiques sont venus donner un démenti formel à ces assertions exclusives. Or, de même que le cancer, la phthisie tuberculeuse consiste en la production de corps organiques nouveaux; comme lui, et plus que lui, elle est héréditaire; ainsi que la diathèse cancéreuse, la prédisposition tuberculeuse sommeille d'ordinaire jusqu'à une certaine époque de la vie; de plus que dans le cancer, cette prédisposition à la phthisie tuberculeuse se signale par des symboles caractéristiques, et qui constituent non plus seulement une diathèse, mais bien une constitution spéciale. Et cependant il est prouvé que l'on peut retarder, ajourner, empêcher même le développement de la phthisie chez les personnes qui y sont prédisposées, en éloignant ou évitant les causes déterminantes de cette maladie, comme par exemple certaines influences défavorables de saisons, de climats, ou en détruisant à temps et convenablement les affections catarrhales et autres phlegmasies pulmonaires, qui souvent servent de prélude et d'occasion à l'explosion de cette redoutable maladie. Il n'est plus permis non plus de mettre en doute la possibilité de la guérison de la phthisie confirmée. » (*Loc. cit.*)

Il y a, certes, une grande analogie entre le tubercule et la matière cancéreuse; mais il y a aussi des différences, et M. Duparcque les oublie en ce moment. Le tubercule peut sommeiller très-longtemps sous l'influence de conditions hygiéniques avantageuses. Il peut être éliminé complétement sous l'influence d'une inflammation favorable; il n'est pas dans sa nature d'envahir fatalement les tissus qui l'environnent, comme le fait le cancer. Voyez ce qui a lieu pour certains ganglions tuberculeux du cou; ils peuvent rester innocents pendant dix, vingt, trente ans; si on les enlève à l'époque de la puberté, le plus souvent nulle répétition du mal ni dans la localité ni plus loin. Pour nous résumer, la tumeur cancéreuse est toujours de nature maligne; la tumeur tuberculeuse peut être complétement bénigne. M. Duparcque ajoute :

« Quelques pathologistes ont cru concilier les opinions, lever les difficultés en distinguant les affections cancéreuses en deux ordres : à l'un on rapporte les cancers qui résistent à tout traitement médical, et répullulent ou se reproduisent après leur destruction chirurgicale. On range dans l'autre les affections qui présentent à l'observation clinique les mêmes caractères, mais qui cèdent complétement aux traitements chirurgicaux et médicaux. Aux premiers seuls on concède le nom de cancer légitime; on en déshérite les autres, que l'on stigmatise de fausseté sous les noms d'affections cancroïdes, invention peu heureuse, distinction à peine soutenable en théorie et embarrassante dans l'application. Exemple : trois individus offrent à la face, à la langue ou dans toute autre partie, une altération organique absolument pareille, caractérisée par une ulcération irrégulière, à bords anfractueux, renversés, à fond gris verdâtre et sanieux, à une marche envahissante et destructive précédée par l'extension d'une base engorgée et dure. A l'un on enlève la partie malade par la cautérisation ou l'instrument, et l'affection répullule. Chez l'autre, la même opération est suivie de cicatrisation définitive; cependant l'examen des parties enlevées a prouvé l'identité d'altération dans les deux cas. Le troisième guérit sous l'influence d'agents simplement modificateurs. Parce que les résultats des traitements n'ont pas été les mêmes chez les trois malades, serait-il raisonnable de prétendre que les affections, d'ailleurs en tout anatomiquement et symptomatiquement semblables, étaient de nature différente?

» Ne serait-il donc pas plus profitable à la science et à l'humanité d'abandonner un trop facile système de dénégation pour se livrer à la recherche du mécanisme que la nature emploie dans les cas de résolution spontanée, de la manière dont agissent les moyens thérapeutiques qui ont parfois réussi, afin de saisir les indications les plus conséquentes, et d'arriver à la connaissance des agents les plus propres à les remplir? Nous pensons, au reste, que ce n'est pas par des moyens spécifiques, des panacées que l'on peut espérer d'arriver à ces résultats

heureux, mais par un concours bien entendu de moyens thérapeutiques et hygiéniques susceptibles de modifier profondément l'organisme en agissant, soit sur l'innervation qui préside à tous ces actes normaux ou anormaux de la vie, soit sur la composition du sang qui fournit les éléments matériels aux tissus naturels ou pathologiques. On remarquera dans les observations que j'ai rapportées à l'appui de l'objection sur la possibilité de prévenir et de guérir le cancer, que je ne me suis pas borné à l'emploi des moyens topiques ; toujours j'ai fait concourir avec le traitement local l'usage d'altérants internes et la prescription de précautions hygiéniques susceptibles de modifier profondément l'organisme.

» L'art a des bornes sans doute, la puissance de la nature a des limites; mais connaissons-nous assez les ressources de celui-ci, et pouvons-nous assez apprécier la puissance médicatrice de celle-là pour leur assigner un terme fixe qui semble leur dire : Ici s'arrête ton pouvoir? Combien n'a-t-on pas vu de ces colonnes herculéennes renversées le lendemain du jour même où un scepticisme exagéré les avait élevées? Gardons-nous surtout de nous laisser aveugler par la prétendue puissance de ces causes occultes dont la supposition a l'inconvénient d'arrêter les progrès de la médecine si elle ne les fait pas rétrograder. Adoptons tous les faits sans exception, sans exclusion, et ne souffrons pas que l'on rejette les uns, tel peu nombreux qu'ils soient, parce qu'ils gênent ou contrarient l'interprétation que l'on veut tirer des autres. On l'a dit, chaque fait, même isolé, a sa valeur que ne peuvent détruire des milliers de faits opposés. » (*Loc. cit.*)

Au lieu du mot fait, disons observation bien faite, bien détaillée, bien authentique, et nous serons d'accord avec M. Duparcque, qui ajoute :

« Évitons les systèmes exclusifs, les théories absolues, à la mesure desquelles la nature ne peut se plier sans être torturée, et qui, outre les inconvénients qu'ils entraînent relativement à la science, n'en ont pas de moins graves, considérés sous le point de vue moral. En effet, dans le sujet qui nous occupe, si on a justement manifesté la crainte que le charlatanisme, la mauvaise foi, la spéculation, le désir d'une fausse gloire et d'une réputation usurpée à tout prix ne s'emparent (comme cela n'a été, il est vrai, que trop pratiqué) de la possibilité de prévenir et de guérir le cancer pour faire un scandaleux abus des moyens chirurgicaux ou autres propres à réaliser cette possibilité, ne doit-on pas redouter que l'hypothèse de l'inévitabilité et de l'incurabilité de cette maladie n'encourage l'ignorance de quelques-uns, l'indolence du plus grand nombre, et ne détourne les autres de ces recherches ou de l'application de moyens préservatifs ou curatifs qu'ils croiraient d'avance frappés d'impuissance? » (*Maladies de la matrice*, par Duparcque, t. I, 2e édition, p. 54.)

Ce que nous dirons en commençant, et qui a trait à la thérapeutique complète et modifie ce qui précède. On va voir que madame Boivin est un peu plus pessimiste, quoique croyant à la possibilité de prévenir le cancer de l'utérus.

§ 2. Diverses espèces de cancer établies par les auteurs.

En commençant ce long et important article, nous avons dit que pour parvenir à une connaissance un peu suffisante de ce qu'on a appelé cancer utérin, on ne devait pas se contenter de l'étude synthétique de cette maladie, qui, par cela même qu'elle offrait des différences nombreuses, avait besoin d'être étudiée dans ses espèces diverses. Si l'on pouvait rapporter aux deux grands types de formation du cancer utérin les espèces à étudier, cette étude serait et beaucoup plus facile et beaucoup plus profitable, car on pourrait enchaîner les faits par une facile analogie. Mais on remarquera, si on étudie avec soin l'anatomie du cancer de l'utérus, qu'un des principaux types, le squirrhe, dans ce qu'il a de parfaitement distinct, que ce type est on ne peut plus rare, et que dans leur origine certains cancers sont caractérisés par des traits qui appartiennent aux dernières périodes des cancers des autres organes. Ainsi les végétations, les champignons et autres exubérances, les ulcérations, voilà les formes les plus fréquentes. Bayle et M. Lisfranc sont d'ac-

cord surtout sur ce dernier point. Nous avons en commençant, indiqué la division de madame Boivin, et pour donner une idée du corps de la maladie que nous avions à étudier, nous avons fait l'anatomie du cancer de l'utérus, d'après madame Boivin et surtout d'après Bayle, auteur qui peut passer, même aujourd'hui, comme le maître à tous, quand il s'agit de descriptions de maladies cancéreuses : maintenant, voici les espèces telles quelles sont établies et décrites par ce grand observateur :

Le cancer de la matrice, considéré sous le rapport de la variété du tissu cancéreux, qui constitue la degénération organique, dit Bayle, comprend quatre espèces : Trois sont formées par une dégénération distincte et isolée. La quatrième espèce est formée par la réunion de plusieurs modes de dégénération réunis. Ces cancers sont : 1° le cancer formé par le tissu lardiforme ; 2° le cancer formé par le tissu cérébriforme ; 3° le cancer formé par le tissu superficiel ; 4° le cancer formé par le tissu composé. Le premier, le second et le quatrième surtout, dans le principe, sont formés par de petites portions de tissu cancéreux entremêlé avec le tissu sain. Aucun n'est le résultat d'une transformation cancéreuse primitive de tout le corps de la matrice. Leur invasion, leurs effets généraux et leur terminaison sont les mêmes; mais non leurs effets locaux et quelques-uns de leurs symptômes. C'est cette différence que nous allons exposer.

1re Espèce. *Cancer formé par le tissu lardiforme.*

« *Symptômes.* Écoulement purulent ou puriforme très-fétide par la vulve ; issue de flocons putrides ; ulcère très-inégal recouvert d'une sorte d'escarre putride plus ou moins tenace ; douleurs utérines vives, communément lancinantes et piquantes, d'autres fois compressives, ou bien déchirantes. Après la mort on trouve une couche putride et comme gangréneuse à la surface de l'ulcère, et lorsqu'on comprime le tissu dégénéré très-près de l'ulcération, on en fait sortir un liquide laiteux ou séreux.

2e Espèce. *Cancer formé par le tissu cérébriforme.*

» *Symptômes.* Même écoulement, mêmes flocons, même apparence de l'ulcère ; peu ou point de douleurs à la matrice, après la mort, l'escarre putride est sans consistance ; le tissu dégénéré, quelquefois borné aux environs de l'ulcère, d'autres fois étendu dans toute la matrice ; le liquide exprimé est abondant, blanc et épais comme de la crème, ou comme un pus très-blanc.

3e Espèce. *Cancer formé par le tissu cancéreux superficiel.*

» *Symptômes.* Écoulement séreux et d'autant moins puriforme que la maladie a fait plus de progrès ; nulle issue de flocons putrides ; ulcère inégal et comme excorié ; douleurs utérines locales, très-légères, n'offrant pas le caractère des douleurs lancinantes et piquantes, ou présentant très-rarement ce caractère.

» Après la mort, on trouve l'ulcère à nu, sans escarre qui le recouvre ; on ne trouve pas de pus dans le tissu de la matrice, exprimé et examiné avec soin près de l'ulcération ; on voit assez souvent de petits points lardiformes ; d'autres fois, des points gélatiniformes, qui présentent l'aspect de petits bourgeons charnus. Quelquefois, il y a même à la surface ulcérée, une transformation de la matrice de demi-ligne ou même d'une ligne de profondeur. Mais on ne voit pas de filon cancéreux étendu au delà de la transformation dans le tissu sain.

» Le cancer superficiel de la matrice est bien moins douloureux que le cancer larinoïde. Il paraît avoir un assez grand rapport avec le cancer superficiel de la face, nommé *noli me tangere.* Il est bien plus rare que le cancer lardiforme de la matrice, mais il est moins rare qne le cancer encéphaloïde.

4e Espèce. *Cancer formé par un tissu cancéreux composé.*

» Cette espèce ne présente jamais les symptômes caractéristiques de la troisième, mais elle offre les mêmes symptômes que la première ou la deuxième, dont elle ne peut être distinguée avec certitude qu'après la mort. Elle réclame le même traitement que la première ou la deuxième espèce. Le tissu de la dégénération n'est point uniforme ; il peut même présenter toutes les varietés de dégénération cancé-

reuse. On y voit rarement des portions cartilagineuses, mais on y aperçoit quelquefois de petites portions de cancer hyaloïde. » (Bayle, *Traité des maladies cancéreuses*, t. II, p. 17.)

Espèces de cancer de la matrice, d'après M. Duparcque.

1re. ESPÈCE. *Cancer hypersarcosique.* Cette espèce se manifeste surtout par des exubérances. Elle a deux variétés.

M. Duparcque appelle cette espèce, cancer *hypersarcosique*, car elle se rapporte à ce qu'on a dit du cancer fongueux, du cancer mural, du chou-fleur cancéreux hématode.

On voit seulement par cette synonymie, combien le cancer de l'utérus s'éloigne par la forme des autres cancers, du cancer du sein en particulier. On trouve des formes analogues, identiques même, dans le cancer du rectum. D'ailleurs, voici les caractères du cancer hypersarcosique : « tumeur s'épanouissant en champignon à la surface du col, qui représente un pédicule ou excroissance tenant à cette partie par un pédicule réel plus ou moins épais; surface ordinairement lobulée et comme granulée; consistance tantôt molle (fongus), tantôt assez ferme (champignon carcinomateux); couleur brunâtre ou violacée; production d'un fluide roussâtre, séreux ou puriforme, ou filandreux, ou de sang noir. Ici l'hémorrhagie peut être continuelle, comme dans l'engorgement par congestion sanguine, mais elle a plus rarement le caractère de perte que dans cette dernière altération. On remarquera, au reste, que le sang ne provient pas toujours exclusivement de l'altération, mais qu'il peut être fourni par l'utérus congestionné à l'occasion de cette affection. Ce qui la distingue, d'ailleurs, de l'engorgement sanguin, c'est le siége même de la tumeur qui ne dépasse pas le col de l'utérus dans les cas d'hypersarcose, et qui s'étend en général jusqu'au corps de la matrice dans l'engorgement congestif, surtout parvenu à sa troisième période. Le toucher par le rectum est ici d'une indispensable utilité pour reconnaître l'étendue ou les limites de l'altération. Les hypersarcoses s'étendent nécessairement davantage dans le vagin, et y offrent un développement que présente rarement le cancer mou.

Que ces excroissances soient cellulo-vasculaires ou carcinomateuses, si on les abandonne à elles-mêmes, elles tombent assez facilement en sphacèle, soit en partie, soit en totalité; tant que leur racine n'est pas entièrement détruite, elles répullulent, ou celle-ci s'ulcère et devient l'origine d'une nouvelle affection, l'ulcère cancéreux. D'autres fois, l'usure ou la chute, ou la destruction d'un point de la surface des hypersarcoses sont suivies d'une ulcération qui ne tarde pas à revêtir les caractères cancéreux. (Duparcque, *Traité des maladies de la matrice*, t. I, 2e éd., p. 416.)

Nous ne citerons aucune observation particulière pour confirmer cette exposition, car il n'est pas un praticien qui n'ait observé plusieurs de ces faits.

2e ESPÈCE. *Cancer sanguin.* Ici ce qu'il y a de plus caractéristique, c'est l'engorgement de la matrice. Selon M. Duparcque, cette espèce, qu'il appelle cancer sanguin, pourrait comporter deux variétés qui seraient 1° le cancer sanguin ou mou, et le cancer squirrheux. Ce qui prouve ce que nous avons avancé sur la rareté du cancer d'origine purement squirrheuse, c'est que dans cette espèce, M. Duparcque n'admet d'abord qu'une variété pour le squirrhe, et il convient en établissant la synonymie que cette seconde espèce, que nous allons décrire, correspond à ce qu'on a appelé, squirrhe brun ramolli, au cancer fongueux, au cancer hématode de Clarke, au cancer inflammatoire de Burns et à la substance hématoïde de Hooper; pour deuxième variété, il admet le cancer tubéreux. Or on a vu par la description de Madame Boivin si ce cancer tubéreux est purement du squirrhe. Le cancer sanguin de M. Duparcque est peut-être celui dont les rapports avec les engorgements inflammatoires ou simples sont le mieux établis. C'est le cancer dont le développement est le plus favorable à la doctrine qui veut établir un rapport de causalité entre l'inflammation et le cancer. Selon M. Duparcque ce serait là le troisième degré de l'engorgement par congestion sanguine, et dont il forme la dernière et

funeste période, quand on n'a pas su en arrêter à temps le développement et la marche. Pour être complet et un peu moins confiant en notre thérapeutique, ajoutez : quand avec l'état inflammatoire coïncide l'état cancéreux, c'est-à-dire une disposition ou une diathèse, comme on l'entendra, pourvu qu'on ajoute quelque chose de plus que l'inflammation. D'ailleurs voici les caractères de cette 2e espèce de cancer : « gonflement sans déformation de l'utérus, et notamment du col où il borne souvent son siége ; couleur violacée ; mollesse remarquable du tissu d'autant plus prononcée que l'on se rapproche le plus du centre, c'est-à-dire de l'orifice utérin ; sentiment prononcé de crépitation que l'on éprouve en le comprimant ; écoulement incessant d'un sang noir et granulé, mêlé de caillots plus ou moins volumineux ; suintement d'un fluide analogue que l'on voit sourdre de toute la surface apparente de la tumeur. Plus tard, il se mêle à ce fluide de la matière encéphaloïde, des lambeaux putréfiés, des matières fétides résultant du détritus et de la décomposition du tissu altéré, décomposition qui marche du centre ou de la surface interne du col et de la cavité utérine à la circonférence, d'où résultent une excavation putrilagineuse, et enfin une véritable ulcération cancéreuse. » (*Ibid.*)

Ce serait, selon M. Duparcque, dans cette espèce de cancer que l'on trouve de la matière cérébriforme ou encéphaloïde. Forme-t-elle la base de l'altération ? en est-elle l'origine ou la cause ? Je ne le pense pas. Il me paraît plus probable que sa formation est de seconde date. Je rappellerai à ce sujet l'opinion, maintenant assez généralement admise, que la matière encéphaloïde est formée par le sang et constituée par une altération particulière de la fibrine. Elle a en effet la plus grande analogie avec la fibrine coagulée que l'on trouve dans les vaisseaux, et notamment dans la veine cave inférieure (Velpeau) ; or, on conçoit que, par suite de l'accumulation, de l'infiltration et de la stase du sang dans le tissu utérin congestionné, ce fluide s'altère, la fibrine s'en sépare et éprouve les modifications qui lui donnent l'aspect de la pulpe cérébrale. Sa formation dans le cancer sanguin ou mou de l'utérus ne serait donc que consécutive.

« Cette espèce de cancer a été confondue, 1° avec le cancer fongueux dont il vient d'être question, et à l'occasion duquel nous avons présenté les caractères différentiels ; 2° avec le cancer squirrheux ramolli. En effet, le squirrhe ramolli par l'inflammation intestine de son tissu, et par l'infiltration consécutive du sang et son exsudation alors facile, offre les mêmes caractères que le cancer sanguin simple : tuméfaction molle, couleur rouge noirâtre ou violacée, suintement de sang noir à la pression, pertes noires, etc. Mais les signes commémoratifs indiquent que les hémorrhagies ne se sont montrées que depuis peu, bien que l'affection ait longtemps à l'avance manifesté son existence ; de plus la forme ordinairement inégale, irrégulière, bosselée de l'engorgement, l'extrême dureté de la circonférence de ces bosselures ; à ces signes on distinguera le squirrhe ramolli brun du cancer sanguin proprement dit.

» Le pronostic du cancer sanguin est bien plus grave que celui de l'hypersarcose cancéreux. L'altération, dans le premier cas, a plus de tendance à gagner en profondeur vers le corps de la matrice, tandis que dans l'exubérance le contraire a lieu ; c'est par une sorte d'expansion que progresse l'altération, laissant intactes les parties d'où elle s'élève. Cette différence, de peu de valeur sous le rapport médical, en a beaucoup pour le traitement chirurgical. On peut compter sur le succès de la destruction dans l'hypersarcose qui repose sur un organe dont le tissu est sain ou n'est altéré que superficiellement. En supposant que l'on ne puisse détruire complétement toute l'altération, on enlève au moins avec le champignon la source principale des pertes sanguines, que l'on sait hâter de beaucoup le terme fatal de toute altération organique. L'opération par la ligature ou la cautérisation peut ici être employée avec avantage comme moyen palliatif, sinon curatif. Ces opérations seraient plus nuisibles qu'utiles dans les cas de cancer mou, qui affecte le tissu utérin lui-même, et à une profondeur inappréciable. » (Duparcque, *Traité*

des maladies de la matrice, t. I, 2e édition, p. 419).

Ce que dit ici M. Duparcque de la bénignité des cancers de la première espèce, ceux qui forment des excroissances, rend la comparaison que nous avons déjà faite avec certains cancers du rectum encore plus juste. On sait que ces espèces de polypes cancéreux du rectum peuvent être plus facilement extirpés que les cancers qui sont en nappe ou par plaques. Le succès paraît d'abord avoir lieu, mais il n'est qu'apparent; bientôt il y a une recrudescence, et c'est ce qui arrive aussi aux cancers avec hypersarcose de la matrice; ainsi la bénignité de ces cancers au rectum et à la matrice n'est qu'apparente. Cela semble prouver que les parties les plus affectées sont les tissus superficiels, les muqueuses ou les tissus qui les doublent, mais avec eux les tissus plus profonds peuvent aussi être malades sans que cela paraisse, et sans que certaines personnes s'en doutent.

3e ESPÈCE. *Cancer squirrheux*. Le cancer squirrheux de M. Duparcque correspondant à l'espèce que Dugès et Madame Boivin ont appellée cancer tubéreux, nous renvoyons à ce que nous en avons dit, en commençant cet article d'après les auteurs cités.

4e ESPÈCE. *Cancer encéphaloïde*. Selon M. Duparcque, l'altération cérébriforme, ou matière encéphaloïde, se présente rarement seule, ou forme peu souvent la base essentielle des engorgements cancéreux de l'utérus. Tant qu'elle est à l'état crû, aucun signe bien précis ne saurait en divulguer l'existence. Au reste, la présence de cette matière, infiltrée ou réunie en masse dans les engorgements squirrheux, accélère le ramollissement, l'ulcération de la tumeur, et la fait passer plus rapidement à l'état d'engorgement, à l'état de cancer confirmé. Nous croyons que l'opinion de M. Duparcque devrait être mieux expliquée; on pourrait croire en effet que l'encéphaloïde est pour peu dans les cancers utérins; or c'est l'élément le plus fréquent, celui qu'on rencontre presque toujours dans l'état avancé du cancer. D'ailleurs toutes les dégénérescences, malignes ou non, soit osseuses, soit cartilagineuses, peuvent se trouver réunies, combinées dans le même utérus et réunies à des épanchements et des infiltrations de fluides de nature diverse, de sang, de pus, de sérosité, de matières gommeuses, etc., ce qui constitue une affection très-compliquée; c'est d'ailleurs ce que l'on rencontre communément quand on fait l'autopsie à des périodes avancées de cette terrible maladie.

5e ESPÈCE. *Squirrhe rampant*. « J'avais observé des cancers utérins qui, à une époque avancée de leur développement, s'accompagnaient de rétrécissement du vagin, produit par l'épaississement et l'induration de ses parois sous forme de bourrelets, d'élevures allongées, de brides squirrheuses. Je les attribuais, avec les auteurs qui ont indiqué cette disposition, à l'extension de l'altération cancéreuse du col utérin, laquelle, dans ses progrès, envahissait le vagin, et venait apparaître jusqu'aux parties de la génération.

» J'ai pu en effet suivre cette marche dans plusieurs cas, mais depuis, plusieurs faits observés dès les prémices de leur existence, m'ont fait voir qu'une marche contraire pouvait avoir lieu. C'est par le vagin que l'altération commençait; elle se manifestait par des élevures allongées, inégales, irrégulières, indurées, bornées d'abord à un point assez limité du conduit vaginal, l'envahissant progressivement, et en déterminant le rétrécissement. Je ne saurais mieux comparer cette altération qu'à celle que l'on a observée sur la peau et qui consiste en des élevures allongées, blanchâtres ou rosées, et offrant l'aspect de cicatrices plus ou moins récentes, de brûlures ou de plaies dont la cicatrisation ne se serait opérée que par-dessus le développement surabondant de bourgeons celluleux.

» Pour les voies sexuelles, cette altération ne reste pas bornée au vagin; elle paraît avoir plus de tendance à s'étendre en profondeur et à gagner le col utérin, où ne tarde pas alors à se déclarer un ulcère de mauvaise nature. » (Voir les observations relatives à ce genre dans le *Traité des maladies de la matrice*, par Duparcque, t. 1er, 2e édit., p. 427.)

Il y a la plus grande analogie entre le

cancer décrit ici par M. Duparcque, et l'espèce de cancer du rectum que M. Vidal a décrite : « C'est là le cancer *diffus*, dit le chirurgien de l'hôpital du Midi. Un pareil cancer se développe par plaques qui semblent n'intéresser que la muqueuse ou sa doublure la plus immédiate. C'est une variété de ce cancer qui constitue ce que M. Vidal a encore appelé *cancer concentrique*, celui qui a pour effet de rétrécir les canaux, d'oblitérer ceux-ci et les cavités qui en sont envahies. (Voyez les développements très-étendus sur l'anatomie pathologique dans la thèse de concours de M. Vidal intitulée : *Du cancer du rectum et des opérations qu'il peut nécessiter*.)

6e Espèce. *Cancer ulcéré de la matrice. Cancer confirmé.* C'est le cancer proprement dit des anciens et de plusieurs modernes. En effet, si on veut avoir quelque égard pour les mots, il faut nécessairement considérer comme cancer, la maladie parvenue à cet état dans lequel il y a ulcère qui ronge : les affections que nous avons déjà décrites sont des dégénérescences ou des productions nouvelles et sont des causes possibles, mais non encore des causes réelles. C'est donc ici une dernière période des altérations précédentes ; mais l'ulcération peut être primitive, c'est-à-dire qu'elle peut être observée avant les états déjà décrits, ce qui prouve que, s'ils existent, ils sont peu marqués.

Le cancer ulcéré est donc rarement primitif. On l'appelle ainsi ordinairement quand il y a développement simultané d'une exulcération et d'un engorgement squirrheux ordinairement peu prononcé. On voit alors les parties endurcies bientôt détruites par l'érosion, l'endurcissement gagner de proche en proche, et l'ulcération l'envahir à mesure qu'il s'étend. Quand ce cancer débute par le corps de l'utérus, il est assez insidieux. La nature de la maladie peut n'être reconnue que quand, par ses progrès, elle vient envahir le col lui-même ; témoin le fait que M. Duparcque a rapporté à la p. 8 du t. II.

Cet auteur ajoute : « Le cancer qui débute par le col utérin, présente lui-même dans les premiers temps des caractères incertains. Le plus ordinairement, c'est une des lèvres, et généralement la postérieure, qui en est le siége. Cette partie ne présente pas beaucoup plus de volume que dans l'état normal ; l'ulcération est superficielle, et quelquefois même en partie cachée à la partie interne de cette lèvre, mais il y a dureté remarquable ; l'extrémité en est inégale ; l'ulcération, au lieu d'être régulièrement circonscrite, comme dans les exulcérations simples, est comme déréglée ; au lieu d'être lisse, uniforme, elle est inégalement granulée, et quelques-unes de ces granulations, plus saillantes que les autres, sont rouges ; tout le reste est d'une couleur tirant sur le gris. Le fluide qui s'en exsude est moins un mucus blanc jaunâtre qu'une sérosité sale ; il se distingue surtout par l'odeur *sui generis* qu'il exhale, et qui s'attache d'une manière très-tenace au doigt explorateur.

» J'ai vu très-rarement ces germes cancéreux entièrement limités au col ou à une de ces parties ; presque toujours l'altération s'étend plus ou moins haut, ce dont on s'assure en promenant le doigt sur la paroi de l'utérus correspondante à l'altération, soit à travers le cul-de-sac vaginal, soit à travers le rectum, par le toucher anal. On sent alors une saillie dure qui s'élève du col affecté, et pénètre jusqu'à une certaine hauteur. Il est évident qu'il serait alors inutile et même dangereux d'enlever par l'instrument ou de détruire avec les caustiques le col malade, puisqu'on laisserait inévitablement des portions affectées, qui deviendraient la cause de répullulations, de récidives, dont la marche serait bien plus active (l'expérience l'a prouvé) que si aucune opération n'avait été tentée. J'ai eu à ma connaissance de tristes exemples de cas de ce genre. »

Ici M. Duparcque fait l'histoire d'une femme de la rue Bichat, qui l'avait consulté pour une affection utérine. Elle donnait d'autant plus d'inquiétude que la mère de la malade avait été en proie à un cancer utérin qui avait entraîné sa mort.

Malgré le peu d'étendue et la bénignité apparente du mal, M. Duparcque porta un pronostic grave, mais dont l'accom-

plissement était certainement encore bien éloigné. Il fut prescrit un traitement dont les altérants internes faisaient la base principale. Le médecin n'a revu cette femme que dix mois après ; le canal vaginal, rétréci par des brides, des adhérences, permit à peine au doigt d'atteindre l'utérus, dont le col était entièrement détruit, et conduisait dans une excavation inégale, à fond dur, d'où s'écoulait un liquide séreux, sanieux, sanguinolent, d'une odeur caractéristique des plus repoussante. Voici selon l'auteur la cause de ces désordres si rapides : On avait promis une guérison prompte et sûre ; on avait fait des cautérisations répétées et profondes ; enfin, après sept à huit mois de *martyrisations* douloureuses (expression de M. Duparcque); on avait dit que l'art avait fait tout ce qu'il pouvait, que la nature ferait le reste... Cette femme mourut peu de temps après. Le même auteur cite un autre exemple aussi malheureux.

Ici nous n'avons nulle raison de soutenir l'opérateur que d'ailleurs nous ne connaissons pas. Mais nous dirons à M. Duparcque, que pendant dix mois qu'il n'avait vu sa malade, le cancer à lui seul eût pu très-bien causer tous les dégâts qu'il a constatés.

« Le plus ordinairement le cancer ulcéré procède des altérations qui l'ont précédé, et peut longtemps présenter les physionomies différentes et relatives à ces diverses origines.

» Tantôt il succède au cancer squirrheux et cérébriforme, et résulte du ramollissement, et d'une sorte d'abcédation, d'une ou plusieurs de ses bosselures.

» Alors, au centre d'une masse squirrheuse représentant l'utérus ou son col engorgés, on voit des excavations ordinairement profondes plus que larges, et dont l'ouverture, surtout dès le commencement, est souvent plus étroite que le fond. Il peut exister plusieurs de ces cavernes ulcérées qui, d'abord isolées, finissent par se réunir et n'en former qu'une seule, à bords irréguliers, et laissant des espèces de promontoires squirrheux qui divisent la cavité en plusieurs loges inégales. Le fond de ces ulcères a une couleur variant entre le grisâtre, le noir, le verdâtre ; il fournit constamment une matière séreuse, sanieuse, noircie par du sang mêlé de détritus squirrheux et cérébriforme, de petits caillots de sang corrompu ; cette matière ichoreuse, d'une odeur infecte et *sui generis*, irrite, excorie les parois du vagin, les frappe d'une inflammation qui ne contribue pas peu à les prédisposer à l'envahissement de la maladie. Cependant la marche de cette espèce de cancer ulcéré est bien moins rapide que celle de l'ulcère rongeant. La maladie peut rester comme stationnaire pendant plus ou moins longtemps, ou même rétrograder, ce qui arrive rarement pour celui-ci.

M. Duparcque attribue à l'inflammation la plus grande activité que présente parfois la marche exacerbante de l'altération, et ses progrès envahissants ou les plus aigus de ses accidents. En effet, on peut dire que des femmes ont, sans souffrances et sans altération bien manifeste de leur santé, porté des cancers ulcérés de l'utérus pendant un grand nombre d'années, ce qui tenait, selon notre auteur, à ce que ces altérations ne devenaient pas le siège ou le foyer ou l'occasion de phlegmasies intrinsèques ou extrinsèques.

Le cancer ulcéré provient d'autres fois d'un engorgement sanguin, et, selon M. Duparcque, il semble résulter de la macération, du tissu infiltré de sang. C'est ainsi, selon cet auteur, que surviennent les cancers ulcérés chez les femmes qui ont présenté longtemps à l'avance des métrorrhagies habituelles. Les signes propres à éclairer le diagnostic de cette espèce d'ulcère cancéreux résultent de la complication de ceux qui appartiennent et au cancer sanguin précédemment décrit, et à ceux propres à l'ulcération cancéreuse existant actuellement. Ainsi, à la suite d'hémorrhagies répétées ou continuelles, on trouve à la place de l'orifice utérin une excavation reposant sur un fond mollasse, fongueux, saignant, dont se détachent des lambeaux fibro-celluleux noirs et fétides. (Voyez les observations 56 et 70 dans le deuxième volume de M. Duparcque.)

Ne doit-on pas rapporter à ce genre d'ulcère cancéreux l'une des trois varié-

tés d'ulcères de la matrice, signalées par Bayle? Voyez ce que nous avons dit des espèces de cancer établies par ce célèbre médecin.

On voit aussi que le cancer ulcéré succède à des exubérances, soit que l'altération commence par ces productions, soit par suite de leur chute ou de leur destruction artificielle.

Enfin, une dernière origine comme une autre forme des cancers ulcérés, est, avonsnous dit, l'ulcération rongeante, et à laquelle on devrait pour cela conserver exclusivement la dénomination de cancer rongeant, ou d'ulcère rongeant proprement dit; c'est là, dit M. Duparcque, notre ulcère cancéreux, l'analogue du noli me tangere de la face. Rappelons qu'il a pour caractères distinctifs : ulcère primitif, tendant à s'étendre autant et plus en largeur qu'en profondeur, ne présentant pour fond, qu'un engorgement carcinomateux d'une épaisseur plus ou moins considérable, quelquefois inappréciable. Il détruit, dans sa marche, beaucoup plus rapide que pour les autres variétés du cancer ulcéré, le col de l'utérus, s'étend jusqu'aux parois du corps de cet organe, corrode les vaisseaux en même temps que les autres tissus qui entrent dans la composition du parenchyme utérin, et provoque ainsi des hémorrhagies redoutables, et parce qu'elles arrivent à l'improviste, et parce qu'on ne peut que très-difficilement opposer des obstacles efficaces et durables à leur foudroyante apparition.

On pourrait rapporter à ce genre d'ulcère cancéreux, ainsi qu'aux cancers provenant de squirrhes ulcérés, les deuxième et troisième variétés admises par Bayle. (Voyez encore ce que nous avons dit des espèces admises par Bayle.)

Ce que Bayle désigne par une matière purulente fort blanche et épaisse, n'est bien certainement que de la matière cérébriforme infiltrée.

L'ulcère rongeant a une marche essentiellement aiguë, au point de détruire une grande étendue des parties, et de devenir quelquefois mortel en quelques mois. Par compensation, il cède plus que tous les autres cancers ulcérés à l'action des médicaments et des modificateurs locaux, ou il peut être détruit par la cautérisation sans laisser de traces profondes, par cela même que le fond altéré qui lui sert de base n'a pas d'ordinaire plus de quelques lignes d'épaisseur, et que l'on n'est pas, par conséquent, obligé de détruire les parties à une grande profondeur. Mais, pour arriver à ces heureux résultats thérapeutiques, il ne faut pas attendre que l'ulcération soit, par des progrès rapides, étendue à de trop grandes distances, et ajouterons-nous, que l'ulcération ne soit pas cancéreuse. Ce sont toujours des fautes de diagnostic qui amènent des erreurs dans ce qu'on dit des résultats thérapeutiques, surtout quand on est un peu prévenu en faveur de ces moyens. Cependant, nous ne voudrions pas nier ce qu'affirme M. Duparcque. Nous préférons renvoyer le lecteur à son livre et aux observations (124, 125, t. II).

Ces différences de forme que présentent les cancers ulcérés de la matrice, différences qui décèlent et leur origine et leur nature, ne sont bien tranchées que quand l'altération est encore, pour ainsi dire à son début. Quand la maladie est parvenue à une certaine période, on ne peut plus aussi facilement distinguer à quelle espèce ou variété elle appartient. L'ulcère consécutif du cancer squirrheux ramolli a pu détruire une certaine étendue de sa base engorgée, et offrir maintenant l'apparence d'ulcère cancéreux, ou celui-ci s'est compliqué d'engorgements qui le rapprochent du cancer ulcéré; de même le cancer mou ou sanguin a pu prendre l'un ou l'autre de ces derniers aspects. Cette difficulté diagnostique ne peut être, au reste, préjudiciable alors; l'affection devenue médicalement incurable, réclame les mêmes indications thérapeutiques palliatives, ou exige les mêmes traitements chirurgicaux, quand les diverses affections cancéreuses se confondent sous une communauté de phénomènes, de symptômes, représentant les signes de la diathèse que nous avons déjà décrits, en parlant du cancer en général.

Traitement du cancer de la matrice. Il est *préventif* ou *curatif*.

Traitement préventif. Une discussion

s'est élevée entre des théoriciens d'opinion différente sur certains faits pratiques qu'un terme moyen eût mieux expliqués peut-être. Les uns soutenaient avoir guéri, par les antiphlogistiques et les dérivatifs, des squirrhes véritables ; et cette réalité était niée par leurs adversaires. Peut-être se fût-on mieux exprimé en disant qu'on avait prévenu, mais non guéri des squirrhes véritables. Nous ne doutons pas qu'en effet, dans la majeure partie des cas, la dégénérescence cancéreuse ne soit précédée d'inflammation chronique, laquelle est très-susceptible d'une guérison parfaite. Prévenir le cancer, ce sera donc souvent guérir un engorgement inflammatoire ; et c'est ainsi que les exutoires, les sangsues, etc., se sont montrés utiles, chose que nous ne devons que mentionner ici, renvoyant, pour les détails, au traitement de la métrite chronique (*V.* l'article de *la Bibliothèque* qui traite de cette maladie). Il en sera de même des engorgements ou des ulcérations syphilitiques qui peuvent amener le cancer, et dont la guérison, par un traitement spécifique, préviendra l'invasion de celui-ci, quoique ce traitement n'ait plus le pouvoir de le détruire, si malheureusement il est une fois établi, comme nous en avons fait la triste expérience. J.-L. Petit et Cullerier ont pu guérir, par les antiphlogistiques, des cancers imminents, mais non réels. Les mercuriaux, au reste, et la salsepareille, les préparations d'or, surtout si l'on soupçonne un vice scrofuleux, pourraient encore être utiles contre un engorgement chronique dépourvu même de toute complication syphilitique ; motif de plus pour y recourir dans les cas douteux. Ce sont madame Boivin et Dugès qui s'expriment ainsi.

Nous voudrions bien, pour notre propre satisfaction, qu'on nous montrât des affections syphilitiques du col de l'utérus dégénérées en cancer. Nous n'en avons jamais lu ni vu un seul exemple bien réel, bien authentique.

C'est surtout quand on a des motifs de craindre la transmission héréditaire, qu'on doit mettre tous ses soins à guérir promptement et radicalement la moindre apparence de métrite ; alors même, il faut la prévenir, si on en pressent les menaces, ou du moins en éviter les retours, si déjà une fois elle a été dissipée.

Les moyens de régime et les médications propres à obtenir ces résultats ont été exposés par nous à l'article *Métrite*. Nous y reviendrons, en parlant des phlegmasies du col utérin.

« On emploie les mêmes moyens contre le cancer ; mais un médecin instruit sait qu'il ne doit compter sur eux que pour diminuer les douleurs et ralentir la marche du mal. Ainsi, un régime adoucissant, la diète lactée, les viandes blanches, le repos, le décubitus dorsal, en prévenant des recrudescences inflammatoires, peuvent tendre à rendre le mal stationnaire ; un exutoire, en soutenant à un certain degré l'état de l'économie, en régularisant sympathiquement l'innervation et supprimant les mouvements fluxionnaires dont auparavant l'utérus était comme le centre, ou bien peut-être en leur servant d'aboutissant, de moyen de décharge, peut produire un effet analogue. Dans les recrudescences mêmes, des saignées locales ou générales, des émollients en bains, demi-bains, injections, pommades, et même en forme de cataplasmes demi-liquides (Guillon, Lisfranc), poussés et maintenus dans le vagin, sont fréquemment utiles pour ramener l'utérus à l'état le plus sain possible. Des médicaments de même forme, mais essentiellement narcotiques, sont nécessités fréquemment par les douleurs, que malheureusement ils ne parviennent pas toujours à calmer. C'est à cet avantage que se bornent les effets de la ciguë, de la jusquiame, de la belladone, de la morelle, de l'opium et de nos préparations officinales employées en liniments, pommades, lotions, injections, bains et cataplasmes. Il faut même bien souvent en venir à l'emploi intérieur de ces divers narcotiques, à doses graduées ; nul, sous ce rapport, n'est plus efficace que l'acétate de morphine administré à la dose d'un quart, un tiers, ou un demi-grain pour une nuit, dans une potion ou une pilule : les pilules de cynoglosse sont aussi d'un usage avantageux et commode. A ces palliatifs principalement dirigés contre la douleur et l'insomnie, le simple bon sens indique

assez d'en ajouter quelques autres comme moyens de propreté et de désinfection; telles les lotions et les injections avec une solution légère de chlorure de chaux, mitigée par le mucilage de graines de lin, ou tout autre. Il est bon quelquefois aussi d'arrêter, par l'emploi de quelques astringents, comme les dissolutions d'acétate de plomb, de sulfate d'albumine ou de zinc très-étendues, décoction de bistorte, d'écorce de chêne, etc., les écoulements séreux abondants, et même quelques pertes sanguines qui semblent passives. Il faut remédier à la rétention des urines par le cathétérisme, à la constipation par les clystères. Ce dernier objet semblerait même presque ridicule à mentionner, s'il ne fournissait aussi un moyen de soulagement parfois des plus efficaces, en permettant d'appliquer les narcotiques très-près du lieu malade, sans produire l'irritation qu'occasionnent parfois les injections même les plus douces dirigées immédiatement sur le col de la matrice à travers le vagin. » (Boivin et Dugès, *Maladies de l'utérus*, t. II, p. 19.)

Traitement curatif. De moyens vraiment curatifs du cancer, il n'y en a pas. Voici cependant les principes sur lesquels on pourrait se baser pour méthodiser, autant que possible, un traitement médical.

1° Détourner de l'organe affecté les matériaux qui concourent à l'entretien et au développement de l'altération, qu'ils lui soient assimilés par un acte de nutrition ou seulement par sécrétion. Ainsi agiraient les saignées générales et locales, la diète portée jusqu'à une abstinence sévère (cura famis), etc.; 2° Modérer ou abattre la modification vitale qui préside à l'existence de l'altération, par les médications que les médecins appellent émollientes, adoucissantes, calmantes, sédatives ou stupéfiantes; 3° Favoriser la résorption des matériaux ou éléments organiques, soit en détruisant leur cohésion, soit en agissant sur leur composition chimique, ou en excitant la faculté absorbante du tissu qui leur sert de trame ou qui les renferme.

Ce dernier article ouvre le champ de la pratique aux différents moyens donnés comme spécifiques ou médicaments spéciaux anti-squirrheux. Tout ce que nous pourrions dire ici ne serait qu'une répétition fastidieuse et complétement inutile de ce qui a été dit partout et toujours en pure perte.

Nous devons pourtant un avis aux praticiens, le voici : comme on ne peut, le plus souvent, espérer d'autres résultats du traitement des véritables cancers utérins, que des effets palliatifs, il serait inutile d'épuiser et de fatiguer la malade par une application trop rigoureuse, trop répétée des moyens qui composent ce traitement.

Traitement chirurgical. L'impuissance de la médecine, c'est-à-dire l'impuissance des moyens indirects pour faire disparaître le mal, la difficulté d'enlever ce mal en respectant la partie de l'organe malade, ont conduit quelques personnes à proposer et à exécuter une opération des plus hardies, l'ablation de tout l'organe, l'extirpation de la matrice. De tous les temps il y a eu des hommes qui ont considéré non-seulement comme possible une pareille opération, mais comme souvent praticable et souvent pratiquée. D'autres, au contraire, n'ont voulu admettre ni les indications d'une pareille opération ni les faits qui prouvent qu'elle a été exécutée. Comme appartenant à la première classe, nous citerons Soranus (1), lequel affirme qu'on enlève la matrice sans causer la mort, ainsi, dit-il, que Themison l'atteste dans ses écrits, et va même jusqu'à faire un précepte de l'opération, car il dit, sans aucune réserve, d'extirper la matrice précipitée, si elle se putréfie, et annonce de la manière la plus positive que cette ablation complète a été faite quelquefois avec succès.

Il convient donc, même au praticien, de revoir l'histoire à ce sujet pour avoir une opinion, non sur l'innocuité, mais sur le degré de gravité de cette opération, car s'il était prouvé qu'elle est constamment mortelle, on devrait la rejeter entièrement; si, au contraire, les faits historiques prouvaient que l'extirpation de l'utérus n'a que des dangers relatifs, il y aurait à rechercher les cas qui lui sont favorables et à poser les indications.

Mais, soit dans les recherches histo-

(1) Bonet, *Corps de Méd.*, t. IV, p. 599.

riques, soit dans l'exposition de ce qui concerne l'opération en elle-même, il faut distinguer, 1o l'ablation de l'utérus déjà déplacé ; 2° la même opération portant sur une matrice non déplacée.

1° *Examen des faits historiques qui se rattachent à l'ablation de la matrice déjà déplacée en prolapsus ou ayant subi un renversement.*

Bauhin a fait des additions au livre de Rousset, et dans ces additions il donne dix-neuf observations qui justifient en partie la hardiesse du médecin d'Ephèse, déjà cité, et Schenck en relate plus de faits encore. Mais, tous ces faits sont relatifs à des opérations pratiquées dans des cas de prolapsus utérin. D'ailleurs toutes ces observations sont loin d'offrir les détails suffisants pour constituer leur authenticité, et ce n'est pas sans raison qu'on les a rejetées. Rousset montre tant d'infidélité dans son ouvrage, Bauhin et Schenck sont tellement enclins à l'amour du merveilleux et à la crédulité, que leur témoignage manque de cette autorité qu'il faudrait ici : voici des exemples qui dispenseront de toutes réflexions : l'utérus aurait été enlevé chez une femme dont parle Plempius, et elle n'en devint pas moins enceinte par la suite ; une autre, au dire de Plater, conserva des désirs vénériens et continua d'avoir ses règles ; ici le fait est moins merveilleux, il est cité par Schenck, d'après Carpus Morgagni, d'après Wideman, indique une autre femme qui aurait offert les mêmes phénomènes. Vieussens décrit l'autopsie d'une femme dont on avait enlevé la matrice quinze ans auparavant, mais il est convenu qu'un reste de l'organe avait été conservé au fond du bassin ! Rousset fit exhumer Pierrette Boucher, opérée depuis trois ans, l'exhumation eut lieu trois jours après la mort, l'ouverture fut faite en présence d'un médecin et d'une sage-femme, dit Rousset, et ni le nom du médecin ni celui de la matrone ne sont cités.

« Néanmoins, dit M. Velpeau, il est incontestable aujourd'hui que l'ablation de l'utérus précipité a plusieurs fois été pratiquée, et que, dans certains cas, les femmes ont survécu. Sans parler des exemples qu'en citent Moschion, Avensoar, Rhasès, Mercurialis, Wenga, Fernel, Benivenius (1), nous en trouvons un dans Paré, qui ne peut pas être révoqué en doute : l'opération eut lieu en 1575, le jour des Rois, et la femme ne mourut que trois mois après, d'une autre maladie. A l'ouverture du corps, Paré put constater l'absence de la matrice, et il fait remarquer, comme chose admirable, que la nature s'était bornée à bâtir une simple dureté dans le fond du bassin, à la place de l'organe extirpé. » (*Loc. cit.*)

C'est le moment d'appliquer la sous-division déjà indiquée et d'examiner les cas d'extirpation de matrice en prolapsus ou renversée.

A. *Prolapsus.* « Parmi les cas d'extirpation, on peut placer l'observation de H. Saxonia, dans laquelle il est dit qu'une servante s'opéra elle-même. Elle se serait en effet arraché l'utérus dont la chute était au troisième degré. Paul de Leipsick, Cohauzen, Tencel, Goulard, citent des faits qui se rapportent à cette catégorie ; celles même que Laumonier, en 1784, Clarck, Vanheer, A. Hunter, en 1797, M. Hosack, M. Gallot de Provins, en 1809, ont depuis fait connaître, sont aussi des extirpations après prolapsus. Il est prudent de ne pas accepter tous ces faits comme exacts, car Laumonier et Bardol n'ont emporté qu'un polype, au lieu de la matrice entière; mais il n'y a rien à objecter au fait de M. Gallot (2), qui fit parvenir la pièce à la faculté de médecine de Paris, ni à celui de M. Marschall de Strasbourg, qui, à la mort de la femme, dix ans après, eut occasion de vérifier, sur le cadavre, l'absence de l'organe gestateur. « D'ailleurs, M. Langenbeck (3) a pratiqué cette opération avec succès, en 1813. L'observation de Fodéré, publiée en 1825, celle de MM. Récamier et Marjolin (4), celle de Delpech, celle de M. Bellini (5), ne permettent plus à ce sujet, la moindre hésitation. La matrice précipitée a donc été plusieurs fois détachée du corps, sans amener la mort de la femme. » (Velpeau, t. IV.)

B. *Renversement.* Le renversement de la matrice peut être incomplet ou complet.

(1) Bonet, *Corps de méd.* t. IV, p. 599.
(2) Bull. de la Facult, 5e année, p. 15.
(3) Bull. de Ferussac, t. XII, p. 72.
(4) Revue méd., t. IV, p. 392. — Arch. génér. de méd., t. X, p. 88.
(5) Mém. sur l'amp. de l'utérus, broch. 1823.

Ici encore on trouvera des faits douteux ou plus ou moins certains. Ici se rapporte l'observation de Ulm, qui dit qu'une sage-femme, après avoir renversé l'utérus en tirant sur le cordon, enleva la matrice d'un coup de rasoir; une autre dont parle Bernard; une troisième du même genre rapportée par Vrisberg; celle de Viardel; une cinquième publiée par Caillé; celle qu'Anselin d'Amiens a fait connaître, et dans laquelle il enleva lui-même l'organe renversé; c'est à cet ordre de faits, qu'appartiennent, dit M. Velpeau, les observations de R. Baxter, de Müllaer, de Jean Müller, de Sorbait; les cas relatés par Figuet de Lyon, par Faivre de Vesoul; celui dans lequel on dit que Desault excisa une portion du fond de la matrice renversée, en enlevant un polype, sans compter les observations de Gattinaria, Béranger de Carpi, Fonteyn, que cite M. Dezeimeris; il faut encore ajouter à cette liste, les faits puisés dans la pratique de MM Ch. Johnson (1822), Nerwerham (1), Windsor (1809), Reineck, Davis, Chevalier, Weber, Gooch, Cordeiro, etc.

Pour compléter ce que nous venons de dire de l'extirpation de la matrice, nous renvoyons le lecteur à ce que nous avons dit sur les erreurs de diagnostic et à nos articles prolapsus et renversement.

Extirpation. Matrice non déplacée. Si on croit Lazzari, l'enlèvement de l'utérus en totalité et non déplacé, aurait été pratiqué trois fois par Monteggia, vers le commencement de ce siècle. Siebold prétend qu'Osiander a exécuté une fois cette opération avec succès. Une de ces opérations sur laquelle on conteste le moins, est celle pratiquée en avril 1812, par Paletta; mais ce ne fut pas par préméditation. Paletta ne voulait enlever que le col devenu cancéreux. Il ne constata l'enlèvement complet de l'utérus, qu'en examinant cet organe après l'opération. Sauter, de Constance, au contraire, a le premier conçu et exécuté le projet de cette opération. Dans ce sens, dit M. Velpeau, on peut actuellement se demander si l'extirpation de la matrice est réellement possible, si elle est utile, et de quelle manière elle peut devenir dangereuse. Un mot sur chacun des exemples qu'on en possède, mettra le lecteur à même de porter un jugement sur ces différents points. Nous laisserons ce professeur faire l'examen des faits : « La malade de M. Sauter (1), opérée le 22 janvier 1822, est morte quatre mois après, et, dit l'auteur, d'une paralysie du poumon; la vessie avait été lésée. C'est le 5 février 1824, que M. Hoelscher imita le chirurgien de Constance. La mort eut lieu au bout de vingt-quatre heures. Celle que Siebold opéra le 19 avril 1824, n'a survécu que soixante-cinq heures; la malade opérée par M. Langenbeck, le 11 janvier 1825, mourut au bout de trente-deux heures. La seconde femme que Siebold ait ainsi traitée, et qu'il opéra le 25 juillet 1825, mourut le lendemain. Le 5 août de la même année, M. Langenbeck (2) eut recours pour la seconde fois, à l'extirpation de la matrice, et la femme morte cinquante heures après, offrit, comme les précédentes, des traces incontestables d'inflammation abdominale. Des quatre malades opérées par M. Blundell (3), depuis le 19 février 1828, trois sont mortes, l'une au bout de trente-neuf heures, l'autre de neuf, la troisième très-promptement, sans que l'on sache bien exactement quelles sortes de lésions ont été trouvées à l'ouverture des cadavres. La première qu'on avait regardée comme guérie, est morte un an après, à l'hôpital de Guy, d'une récidive du cancer. Celle de M. Banner (4), opérée le 2 septembre 1828, est morte le quatrième jour d'une péritonite. M. Lizars a voulu marcher sur les traces de ses deux compatriotes, et la malade qu'il opéra le 2 octobre 1828, est morte aussi dans les vingt-quatre heures. M. Langenbeck y est revenu en 1829, et sa malade n'a survécu que quatorze heures.

» Le 26 juillet 1829, M. Récamier a le premier pratiqué cette extirpation en France. C'est lui qui semblait en avoir obtenu le plus beau succès, et cependant, il a eu la douleur de perdre sa malade au

(1) Journal univ. des sciences méd., sept. 1818.

(1) Bull. de Férussac, t. II, p. 321. — Arch. génér., t. V, p. 616.

(2) Ibid., t. XVIII, p. 73. — Dictionn. de chirurg. de Rust, t. VI, p. 697.

(3) The Lancet, 1829, vol. I, p. 618.

(4) Journal des progrès, t. XIII, p. 272.

bout d'une année, comme M. Blundell. M. Roux en opéra une autre, le 20 septembre 1827. Celle-ci mourut dans la soirée du lendemain; la vessie avait été ouverte. Quelques jours après, le professeur Roux pratiqua une seconde fois l'extirpation de l'utérus, et la mort eut lieu au bout de vingt-cinq heures. M. Récamier l'a pratiquée de nouveau le 13 janvier 1830, et la femme est morte en trente-trois heures. M. Dubled (1) en a de son côté opéré une le 20 juin 1830, qui n'a survécu que vingt-deux heures. Delpech, qui a cru devoir tenter à son tour cette opération, n'a pas été plus heureux que les autres. Sa malade est morte le troisième jour. Enfin, les journaux anglais en ont publié un dernier exemple qui appartient à M. Evans, et qui aurait été suivi de succès; mais je n'ai pas assez de détails à ce sujet pour en parler plus longuement, et la malade opérée par M. Granville (2) a été reprise de cancer.

» Sans y comprendre les faits douteux de Monteggia, d'Osiander, etc., voilà donc, en y ajoutant celui de Paletta, dont la malade mourut le troisième jour d'une péritonite intense, vingt-trois extirpations de matrice, authentiques, incontestables, pratiquées depuis vingt ans, et sur ce nombre, pas une guérison permanente! Y a-t-il rien en chirurgie de plus effrayant? et la conséquence d'un aussi triste résultat n'est-elle pas qu'on doit décidément bannir cette opération de la pratique? Parmi les dangers qu'elle entraîne, celui de la péritonite se place en première ligne. Cependant, cette inflammation n'a pas toujours eu lieu. La malade de M. Sauter, celles de M. Blundell, de M. Récamier, qui ont survécu, n'en ont point été affectées, et les cadavres de quelques-unes de celles qui ont succombé dans le principe, n'en ont point offert de traces. Il faut ajouter que, chez les femmes dont la mort est survenue le plus promptement, en moins de vingt-quatre heures, par exemple, la péritonite n'aurait pas eu le temps de se développer encore, quand même elle serait une suite nécessaire de l'opération. L'hémorrhagie est un autre accident qui ne laisse pas d'être grave: plusieurs malades en ont été prises, ainsi que je l'ai vu chez une de celles qu'a opérées M. Roux, une autre de M. Récamier, et qu'on l'a observé aussi en Allemagne et en Angleterre. Chez le plus grand nombre néanmoins, elle ne s'est point manifestée. Quelques femmes sont mortes épuisées, dit-on, par la douleur et les souffrances. Reste à savoir pourquoi celles qui avaient échappé aux suites immédiates de l'opération, à ce premier et violent orage, sont restées languissantes et ont fini par succomber. Il n'y a plus là de péritonite, ni d'hémorrhagie, ni de douleurs qu'on puisse accuser. Cette malade citée par Vieussens, qui a survécu quinze ans, celle de M. Marschall, qui n'est morte qu'au bout de dix, celle de M. Langenbeck, qui existe encore etc., et auxquelles l'utérus précipité a été enlevé, répondent suffisamment à l'objection des chirurgiens qui pensent que c'est purement et simplement à la privation de la matrice, que les malades dont je viens de parler, ont dû leur mort. » (*Méd. oper.*, t. IV, p. 428)

(1) Arch. génér. de méd., t. XXVIII, p. 403.
(2) Journal des progrés, t. XIII, p. 270.

Indications. A la rigueur, on pourrait avancer que l'ablation complète de l'utérus est plus rationnelle, que c'est plutôt une méthode que son extirpation partielle. En effet il est de règle générale d'extirper, quand on le peut, tout l'organe qui est cancéreux. Ainsi l'ablation complète du sein est exigée quand une portion de cet organe est réellement cancéreuse. Quand on se permet une extirpation partielle dans des cas de dégénérescence, il faut reconnaître les limites du mal afin de les dépasser, et d'empiéter sur les tissus sains. Or, la constatation des limites du mal, quand il s'agit d'une extirpation partielle de l'utérus, est très-difficile, et selon certains praticiens impossible, de sorte qu'ils sont amenés à considérer l'ablation complète de l'utérus comme plus méthodique que l'extirpation d'une seule partie de cet organe. Quand on en vient à l'application, on trouve que l'extirpation complète de l'utérus a des dangers bien plus réels, que ses accidents sont bien plus directement compromettants pour la vie de la malade, que ceux auxquels on expose la femme en pratiquant une extirpation partielle, par exemple l'ablation

du col de l'utérus au lieu de la totalité de cet organe. D'ailleurs il est plus difficile qu'on ne pense de préciser les cas qui offrent le plus de chances de succès à l'ablation de l'utérus; nous allons encore laisser parler M. Velpeau en regrettant de ne pouvoir émettre ici l'opinion développée de M. Lisfranc qui, dans son livre, se contente d'indiquer le manuel opératoire.

« Quelles chances promet l'extirpation de la matrice devenue cancéreuse et prise dans les seules conditions qui permettent de la tenter? Si nous cherchons à préciser ces conditions, nous verrons que la chose n'est pas facile et combien leur réunion doit être rare. Tant que le cancer n'a pas envahi tout l'organe, l'excision pure et simple permettant de remonter très-haut, doit suffire; c'est par le moyen de l'excision que M. Bellini (1) a extirpé la moitié inférieure de l'utérus, en 1828, avec un plein succès. C'est aussi par l'excision que M. Dubled a proposé de remplacer l'ablation (2). Lors, au contraire, que la maladie occupe la totalité de l'organe, comment être sûr qu'elle n'en occupe aucun autre? Il est bien vrai que le doigt, porté successivement dans le vagin et dans le rectum, pendant que l'autre main appuie sur l'hypogastre, permettra fréquemment de soupçonner qu'il existe ou n'existe pas d'altération matérielle dans l'excavation pelvienne, la région des ovaires ou des trompes; en un mot, dans les annexes ou les environs de l'utérus; mais, sous ce rapport, l'homme le plus exercé ne peut acquérir que des probabilités plus ou moins fortes, et jamais de certitude. Comment donc, avec de pareilles données, se résoudre à pratiquer une opération aussi redoutable? En supposant même que la matrice soit seule affectée, il faut au moins qu'elle conserve sa mobilité naturelle, qu'elle soit libre d'adhérences morbides, sans quoi les procédés opératoires actuellement connus seraient à peine proposables. Or, tant qu'elle reste dans cet état, il n'est pas probable que le cancer l'ait envahie dans toute son étendue, et dès lors l'idée de l'excision doit se représenter à l'esprit. Puis, comment décider, si la désorganisation n'est pas très-avancée, que le corps de l'utérus est véritablement cancéreux, qu'il est un peu plus ou un peu moins gros que dans l'état normal, quand on n'en peut juger qu'à l'aide des doigts, au travers des parois du ventre, du rectum, du vagin? » (Velpeau, *Traité de Médecine opératoire*, t. IV, 2e édit.).

(1) Journal des progrès, t. XII, p. 273.
(2) Arch. génér. de méd., t. XXIII, p. 142.

Manuel opératoire de l'extirpation de la matrice. Nous conserverons ici la division que nous avons adoptée quand nous avons fait l'historique de l'extirpation de la matrice. On la pratique en deux cas différents : 1° Extirpation de l'utérus déplacé ; 2° Extirpation de l'utérus non déplacé.

1° *Extirpation de l'utérus déplacé.* Il est en prolapsus ou renversé (1).

Prolapsus. Pour enlever l'utérus dans cet état de déplacement, on a 1° employé la ligature pure et simple; 2° la ligature multiple à l'aide d'une aiguille armée d'un fil double avec laquelle on traverse la tumeur à son origine ; 3° la ligature immédiatement suivie de l'excision; 4° l'excision pure et simple. Avant l'application de ces méthodes, on devra bien réfléchir à ce que nous avons dit sur les complications des déplacements de la matrice. Nous avons montré que dans la chute complète de matrice, le vagin même est complétement renversé. En agissant sur la tumeur à son origine, on enlève donc à la fois le vagin et l'utérus. La vessie elle-même et les intestins, ont suivi la matrice et le vagin dans leur chute. Nous conseillerons en conséquence le procédé suivant, d'après M. Malgaigne.

Procédé opératoire. « Inciser circulairement le vagin le plus bas que la maladie le permet avec lenteur et précaution, jusqu'à sa tunique celluleuse externe, le disséquer en le retroussant comme la peau dans une amputation, repousser la vessie ou les intestins, si on les rencontre, au delà des atteintes des instruments; détacher la matrice, s'il est possible, par énucléation, et sans ouvrir le péritoine, enfin couper en dernier lieu les attaches latérales de la matrice, par lesquelles lui vien-

(1) Pour comprendre et bien appliquer les méthodes que nous allons décrire, il faut relire nos articles sur le prolapsus et sur le renversement de la matrice.

nent ses vaisseaux. On peut à volonté lier en masse les attaches latérales avant de les couper, ou plutôt lier les artères immédiatement après leur section, et enfin terminer en réunissant par suture la plaie du vagin, afin de mettre le péritoine à l'abri du contact de l'air. Langenbeck a eu recours une fois à un procédé analogue : ayant trouvé le fond de la matrice sain, il en sépara soigneusement les parties altérées et évita ainsi l'ouverture du péritoine, la femme guérit. »

Utérus renversé. Ce sont les mêmes méthodes qui ont été employées pour la descente complète.

2° *Extirpation de l'utérus non déplacé. Méthode hypogastrique.* Gutberlat l'avait proposée ; elle a été exécutée par Langenbeck, en 1825. On incise de la symphyse pubienne à cinq ou six centimètres au-dessous de l'ombilic; quand la séreuse abdominale est ouverte, un aide contient les intestins et la vessie. L'opérateur saisit la matrice de la main gauche, introduit, de l'autre main, de longs ciseaux fermés, coupe le ligament large du côté droit, détache presque totalement la matrice, la retire de la cavité abdominale, et enfin détruit les dernières connexions de l'organe, à l'aide du bistouri. L'opération de Langenbeck ne dura que sept minutes.

« Ce procédé, dit M. Malgaigne, est plus simple que celui de Gutberlat, qui destinait un instrument particulier à fixer le col utérin, et surtout que celui de Delpech, qui veut qu'au préalable on sépare la matrice de la vessie, à travers le vagin.

» *Méthode vaginale. Procédé de Sauter.* La vessie et le rectum vidés avec soin, les doigts indicateur et médius de la main gauche sont portés dans le vagin, et un bistouri convexe conduit sur les doigts, sert à inciser lentement le vagin sur l'utérus, du côté de la vessie. On dissèque peu à peu les connexions cellulaires, et on ouvre ainsi le péritoine. On incise ensuite les ligaments larges ; la matrice, accrochée par son fond à l'aide des doigts, est renversée en avant et en bas, et attirée jusqu'au dehors de la vulve, alors on achève de détruire ses attaches postérieures. Si les intestins font hernie, un aide les retient. On les réduit après l'opération. On ne fait aucune ligature; la perte du sang est peu considérable. Une opération de ce genre, faite par Siebold, ne dura que quinze minutes ; d'ordinaire, elle est plus longue.

» On a aussi essayé d'inciser le vagin latéralement (Siebold), ou par le côté postérieur, pour renverser l'utérus en arrière (Langenbeck), ou enfin circulairement ; on a incisé préalablement la fourchette et le périnée, pour se ménager plus d'espace (Langenbeck et Lizars); on a essayé d'abaisser la matrice en tirant sur le col à l'aide d'érignes ou de ligatures (Bramer et Récamier), avantage que Sauter n'a pu obtenir et qui n'est pas toujours possible ; on a accroché le fond de l'utérus avec un crochet ou une ligature (Siebold et Blundell). On s'est servi, pour diviser les ligaments larges, des ciseaux, du bistouri droit boutonné, et on a conseillé un bistouri aiguisé à la lime. Blundell attaque le vagin en arrière, et fait une incision longitudinale qu'il agrandit avec les doigts, avec l'incision transversale. M. Récamier l'attaque en avant, après la première incision, écarte le tissu cellulaire avec les doigts jusqu'au péritoine, n'incise d'abord que les deux tiers supérieurs des ligaments, et à l'aide d'une aiguille courbe, montée sur un manche et percée à sa pointe, il porte une ligature sur le tiers inférieur qui renferme l'artère utérine. Siebold a eu l'ingénieuse idée de porter dans la vessie une sonde qui avertit l'opérateur de sa position, et l'empêche ainsi d'être blessée.

» En résumé, le procédé de Sauter paraît encore le plus facile et le plus simple. Il est plus facile d'attaquer le vagin en avant, parce qu'il est moins élevé ; on n'est pas plus exposé à blesser la vessie de cette manière que de toute autre, et la ligature ne paraît pas bien nécessaire, vu le peu de sang perdu quand on ne l'a pas faite. Rien n'empêche d'y joindre les perfectionnements constatés et possibles, comme l'abaissement de l'utérus avant l'opération, la dissection avec les doigts, etc. On peut se reporter, pour les détails moins importants, à l'excision du col utérin.

» *Méthode de M. Dubled. Extirpation par dissection, sans ouvrir le péritoine.*

Déjà entrevue par Sauter, qui ne put venir à bout de l'appliquer sur le vivant, elle a été pratiquée par M. Dubled, de la manière suivante :

» Le col utérin, saisi et amené à la vulve avec des pinces de Museux, on sépare le vagin de l'utérus en avant, avec le bistouri et les doigts; on en fait autant en arrière; on embrasse dans une ligature le tiers inférieur des ligaments larges, puis on les coupe près de l'utérus ; on abaisse alors plus fortement celui-ci, qui ne tient plus que par son fond au péritoine, et on enlève avec le bistouri tout ce qui est malade, en respectant les parties saines.

» Ces trois méthodes compensent leurs avantages par leurs inconvénients. La dernière, à la vérité, laisse intact le péritoine; mais qui assurera qu'on a bien enlevé tout le mal? La méthode hypogastrique est plus facile, mais elle fait deux ouvertures au péritoine. La méthode vaginale est celle qui paraît jusqu'à présent réunir le plus de suffrages. » (Malgaigne, *Manuel de médecine opératoire*, quatrième édit., p. 737.)

ARTICLE XXV.

Dégénérescences cartilagineuses et osseuses de la matrice.

Plus l'anatomie pathologique fera des progrès, moins on comptera de ces dégénérescences. On a vu dans l'article relatif aux calculs de la matrice, combien il a fallu décompter quand il s'est agi des observations anciennes; sans tomber dans l'exagération de M. Roux, nous avons établi l'extrême rareté des cas de calculs utérins. On peut en dire autant de l'ossification et de la *cartilaginification* de l'utérus. Il est évident que dans le plus grand nombre des cas, quand on a admis ces deux dégénérescences qui seraient deux phases semblables à celle que subit le squelette, il est évident qu'il s'agissait surtout de la dégénérescence fibreuse que nous avons décrite au long d'après Bayle et M. Roux, et de la dégénérescence cancéreuse à son premier état, à son état d'endurcissement le plus prononcé. Cette erreur de ceux qui ont précédé l'école fondée par Bayle, Laennec, Dupuytren, est évidente pour tous les auteurs modernes. Aussi verra-t-on M. Duparcque, après avoir parlé de la fréquence de ces dégénérences, revenir et critiquer les faits qu'il donne pour prouver cette fréquence. Voici le texte de cet auteur.

« Un grand nombre d'observations authentiques, déposées dans les fastes de la médecine, attestent que la matrice est assez fréquemment affectée de dégénérations cartilagineuses et osséiformes; c'est chez des femmes âgées qu'on les a rencontrées. Mayr ayant ouvert une femme morte avec une tumeur considérable dans l'abdomen, que l'on regardait comme formée par la matrice, trouva en effet ce viscère ayant acquis le volume d'une boule à jouer aux quilles, et dont les parois étaient tellement ossifiées, qu'il fut obligé de les casser avec un marteau (*Commerce littéraire de Nuremberg*, juillet 1731). Verdier avait recueilli une matrice ossifiée, dont les parois avaient six lignes d'épaisseur, et étaient remplies d'inégalités qui ressemblaient à des stalactites. On trouve dans Portal la description de matrices, en quelques points ossifiées, et qui en d'autres étaient encore cartilagineuses.

» Nous dirons cependant, que, dans un certain nombre de cas donnés pour exemple d'ossification de l'utérus, le parenchyme de ce viscère n'en était pas le siége. Tantôt l'altération paraît avoir été formée par la couche celluleuse sous-péritonéale ; d'autres fois c'est dans la cavité de ce viscère que ces productions ont eu lieu, soit qu'elles aient résulté de la transformation de polypes primitivement fibreux, soit que ces corps eux-mêmes n'aient été que recouverts d'une couche de mucus concrété, ou que cette même matière se soit déposée et accumulée en masses plus ou moins considérables qu'on a pu prendre pour des ossifications, mais qui doivent être plus généralement considérées comme des calculs utérins. » (Duparcque, t. I, p. 363.)

On trouve encore dans le *Dict. des Sciences médicales* (t. 31), dont M. Duparcque a profité, sans le dire, que Lafitte ouvrait en 1770 le cadavre d'une femme de soixante ans dont l'utérus avait trois fois plus de volume que dans l'état naturel; la surface était raboteuse et la

substance ossifiée. Un fait plus extraordinaire est l'histoire d'une religieuse âgée de soixante-cinq ans; la matrice ossifiée avait vingt-quatre pouces de circonférence, quatre pouces d'épaisseur, elle pesait huit livres et demie. La cavité était oblitérée. Cette matrice avait la surface péritonéale lisse, polie. On aurait dit la boîte osseuse du crâne. La percussion rendait le même son que cette boîte. (*Journ. de Méd.* t. I, p. 336.)

Le fait de Lallement de la Salpétrière doit être pris en considération, car c'était un bon observateur, et Murat qui passe pour un auteur véridique, dit très-nettement que la matrice ossifiée observée par Lallement put à peine être brisée à l'aide d'un marteau. (*Dict. des Sciences méd.*, *loc. cit.*)

Voici une observation que nous avons traduite de Manget; elle prouve la confiance qu'on doit avoir aux faits publiés sur ce sujet avant l'organisation de *l'anatomie pathologique*.

An 1662. Une veuve, âgée de quarante-quatre ans, tourmentée par une grave douleur, eut une suppression d'urine, puis une soif ardente, enfin il se déclara une hydropisie. Elle succomba. On en fit l'autopsie en présence du docteur Hecken : elle fut faite par le chirurgien Lorenz Arnolt. Une grande quantité d'eau s'échappa de l'abdomen dès qu'on l'ouvrit. La rate était pleine de calculs. Au rein droit et autour des calices nous trouvâmes une pierre quadrangulaire qui remplissait toute la cavité du bassin. Nous procédâmes à l'examen de l'utérus, qui, à notre grand étonnement, fut trouvé rempli de pierres, à la vérité en petite quantité, mais très-dures. *Tout l'utérus était cartilagineux*, le corps comme le col, etc. (Manget, *Bibliothèque chirurg.*, liv. XVIII, p. 334.)

Il est évident que cette observation manque d'authenticité, car elle pèche par les détails; ensuite, nous ne savons pas ce que ce peut être que cette pierre qui remplissait tout le bassin.

D'ailleurs le diagnostic de ces dégénérescences, soit cartilagineuses, soit osseuses doit être très-obscur, surtout quand elles se bornent au corps de l'organe. Le plus souvent, comme on l'a vu, leur nature n'a pas même été reconnue après la mort des sujets. La thérapeutique, au reste, n'a guère d'action contre de pareilles lésions qui ne donnent lieu à aucun symptôme notable, ou en produisent qui ne peuvent se rapporter qu'à l'augmentation du volume et du poids de l'utérus et à la gêne physique des fonctions des organes qui avoisinent la matrice.

ARTICLE XXVI.

Tubercules de la matrice.

On trouve dans la matrice des tubercules analogues à ceux des autres organes, ils sont enkystés ou par infiltration; leur forme est sphéroïdale, leur volume va d'un grain de sable à celui d'un pois. Ils peuvent cependant acquérir celui d'un œuf de poule. La matière tuberculeuse est d'un gris transparent, d'une consistance demi-cartilagineuse, ne contenant aucuns vaisseaux, et offrant assez fréquemment un aspect rayonné. Elle devient à la longue opaque et jaunâtre, puis se ramollit du centre à la circonférence, et se transforme d'abord en une matière caséiforme et ensuite caillebotée, homogène et comme puriforme, susceptible de résorption, mais, le plus souvent, rompant la cavité enkystée ou non qui la renferme. Celle-ci se rétrécit, s'efface, se cicatrise alors, ou se change en ulcère.

Ce n'est que lorsque les tubercules prennent cette dernière terminaison que l'on peut soupçonner leur existence dans le tissu de la matrice; jusque-là rien ordinairement n'indique leur développement, leur présence ne paraît pas gêner les fonctions menstruelles de l'organe, et elle n'occasionne par conséquent aucun trouble général. (Duparcque, t. I, p. 365 et suiv.)

Nous croyons, quant à nous, que la question des tubercules de la matrice est encore aussi obscure et peut-être plus obscure que celle de la tuberculisation des testicules, de la prostate et des os. Pour nous, il y a eu, à n'en pas douter, plus souvent qu'on ne pense, confusion entre la tuberculisation réelle de ces organes et la suppuration par petits foyers. En effet, quand la suppuration prend cette forme et qu'elle est disséminée ainsi dans les tissus

dont la résistance est très-forte, les petits foyers s'ils ne sont pas résorbés en entier, peuvent devenir le théâtre d'une absorption qui ne porte que sur leur partie la plus solide ; il reste donc des noyaux purulents qu'on prend pour des tubercules. On peut être convaincu que c'est là ce qui existe plus souvent qu'on ne pense chez les sujets qui sont dits avoir des tubercules dans les testicules, dans la prostate, dans les os et dans la matrice, et qui cependant n'en ont pas dans les poumons et dans les autres viscères. Pour la tuberculisation de l'utérus la question est plus complexe encore, car cette dégénérescence est mêlée à d'autres. Comme preuve de ce que nous avons déjà avancé sur la confusion du tubercule et du petit foyer purulent, nous citerons les paroles de Madame Boivin et Dugès. « Dans d'autres cas, on ne peut nier que la dégénérescence tuberculeuse ne consiste en un simple dépôt d'une sorte de pus concret dans les mailles du tissu affecté, dans quelques vacuoles naturelles d'un organe, parfois encore à une surface libre. » (*Maladies de l'utérus*, tome I, p. 30.)

C'est donc avec ces préventions qu'il faut lire les auteurs qui traitent des tubercules de la matrice, même les auteurs modernes, puisque nous avons prouvé que Dugès et Madame Boivin faisaient volontairement la confusion que nous avons signalée en commençant cet article. D'ailleurs nous donnerons des exemples de vraies tuberculisations de l'utérus. En attendant voici la description du tubercule utérin telle qu'on la trouve dans les auteurs que nous venons de citer.

« 1° A l'extérieur, le tubercule est quelquefois isolé, saillant, arrondi, enkysté sous le péritoine, mais adhérent par une base large au tissu de la matrice : C'est ce que nous avons vu une fois sur le cadavre d'une jeune femme morte d'une méningite avec ramollissement du cerveau, survenu au milieu du huitième mois de la grossesse. Cette femme était petite, mais de forte constitution ; l'utérus renfermait un fœtus placé de manière à présenter au détroit supérieur le vertex dans la deuxième position. A la face postérieure et vers le haut de cet organe, se voyait une tumeur saillante et de la grosseur d'un œuf de poule ; c'était un kyste aplati, sous-jacent au plan musculaire, et facile à séparer des tissus voisins auxquels il n'adhérait que par des filaments et des lamelles cellulaires de peu de consistance. Il renfermait une cuillerée de matière purulente, épaisse, rougeâtre, et de plus, une substance blanche, compacte, et semblable à du savon ; c'était évidemment un tubercule en partie ramolli. Des tubercules analogues se sont quelquefois présentés à nous lors de diverses autopsies, conjointement avec des lésions plus graves et dont il sera parlé plus tard. Dans ce cas, la matière était granuleuse et de consistance de plâtre, mais il est bien plus ordinaire encore de voir des tubercules extérieurs à l'utérus après des péritonites répétées, passées à l'état chronique, après des métrites auxquelles s'est adjointe l'inflammation prolongée du péritoine hypogastrique et pelvien. On les trouve au milieu des adhérences contractées entre l'utérus et ses annexes, et les autres surfaces séreuses du voisinage ; on voit même, sous le péritoine et dans le tissu cellulaire qui l'unit à la matrice, des masses plus ou moins volumineuses, mais plus ordinairement miliaires, tantôt rares et isolées, tantôt nombreuses, serrées, presque continues, de substance tuberculeuse, grisâtre ou blanche, ou même mêlée de matière colorante d'un noir foncé. Nous en avons cité des exemples dans divers travaux auxquels nous renverrons pour les détails (1). »

Il est évident pour nous que ce sont là des tubercules du péritoine, ils n'appartiennent pas plus à la matrice, que ceux de la séreuse qui naissent au moment où elle recouvre un intestin, n'appartiennent à cet intestin. De sorte que, dans le plus grand nombre des cas, la première catégorie de tubercules utérins adoptée par Madame Boivin et Dugès, n'appartient pas à la matrice.

« 2° A l'intérieur de l'utérus, dans certains cas d'aménorrhée causée en apparence par une phlegmasie chronique de cet organe, on voit se déposer une couche

(1) Voyez Mémoire sur les causes de l'avortement, par Mme Boivin, obs. 1, 3, etc *Diss. sunt-ne inter ascitem et peritodinem chronicam certa discrimina*, etc. Ant Dugès, p. 29 et 30.

concrète, adhérente, épaisse, de matière blanche ou blanchâtre, en tout pareille à celle du tubercule enkysté ou infiltré des organes parenchymateux. Que cette matière ait de l'analogie, pour son mode de production surtout, avec certaines concrétions plâtreuses dont nous avons parlé plus haut, et dont on peut voir un exemple dans l'une de nos observations de rétroflexion, c'est ce dont il n'est guère permis de douter. Entre cette production et celle des fausses membranes, dont nous parlerons plus loin (*Métrite et dysménorrhée*), n'y a-t-il guère que la différence de l'état chronique à l'état aigu. Ajoutons pourtant que, dans les cas rapportés ici par nous à la dégénérescence tuberculeuse, il y avait de plus une diathèse scrofuleuse évidente, prédisposition ou condition organique indispensable à l'apparition de cette forme de suppuration qu'on peut, jusqu'à un certain point, regarder comme *sui generis*.» (Boivin et Dugès, t. 1, p. 306.)

Voici une observation que M. Duparcque considère comme un type pour servir à la description de l'affection tuberculeuse de l'utérus.

«Obs. 1re. *Tubercules disséminés dans différents organes, notamment dans les organes génitaux, et qui n'ont donné aucun signe de leur existence pendant la vie.* — Une demoiselle, âgée de quarante ans, meurt subitement dans la matinée du 29 septembre 1830; je l'avais vue un mois auparavant, pour une congestion cérébrale passagère; du reste, la santé de cette personne n'avait jamais offert le plus léger dérangement ; les règles étaient toujours venues très-régulièrement, et elles ne manquèrent qu'à la dernière époque, quinze jours avant l'événement fatal.

» Je procédai, en présence de mon estimable confrère, M. le docteur Lambert, à l'ouverture du cadavre, dans l'intention de rechercher la cause d'une mort aussi prompte, et présumant que ce serait dans le cerveau que nous la trouverions. Nos prévisions furent trompées; nous trouvâmes ailleurs des altérations profondes, qui ne s'étaient pas manifestées pendant la vie, telles qu'une hypertrophie commençante du cœur, des tubercules nombreux dans les poumons, des ulcérations dans les intestins, des granulations miliaires sur toute la surface du péritoine, des tubercules mélaniques le long du bord libre des intestins grêles et des gros.

» L'utérus était déformé par la présence de tubercules qui en parsemaient les parois; ils avaient depuis le volume d'un pois jusqu'à celui d'une aveline. L'un d'eux, gros comme une noix, n'adhérait à l'angle externe de la matrice que par un pédicule étroit, qui paraissait formé par la tunique péritonéale, seul moyen d'union de ce tubercule au tissu utérin. D'autres faisaient une saillie plus ou moins considérable à la surface de cet organe, quelques-uns étaient comme cachés complétement dans l'épaisseur des parois utérines; il semblait que le tissu de l'utérus devait faire effort pour repousser à la surface ces corps étrangers ; aucun ne faisait saillie dans la cavité utérine, qui était remplie par une matière gommeuse.

» Bien que ces tubercules fussent dépourvus de kystes, on pouvait facilement les isoler et les détacher du tissu de la matrice, qui du reste était parfaitement sain, ce qui explique l'accomplissement régulier de la menstruation, malgré leur présence.

» Ces tubercules paraissaient de nature fibro-lardacée, squirrhoïde, très-durs, d'un blanc légèrement transparent; tous, depuis les plus volumineux jusqu'aux plus petits, étaient à l'état de crudité.

» Les pavillons des trompes offraient une agglomération de tubercules crus, entremêlés de tubercules mélaniques, tous peu volumineux.

» L'ovaire gauche était petit, mais sain.

» L'ovaire droit, au contraire, du volume et de la forme d'une grosse noix, mou, fluctuant, présentait une cavité unique, à parois simplement membraneuses et contenant un liquide puriforme.»

M. Duparcque après avoir rapporté cette observation, fait les réflexions suivantes :

« On ne prendra pas pour des tubercules naissants, ces petits corps granuleux, ces petites bosselures arrondies que l'on sent quelquefois au pourtour de l'orifice utérin. Enfin, chez les femmes lymphatiques, scrofuleuses, il peut exister des

ganglions engorgés et enflammés accessibles au doigt qui refoule le vagin en arrière et sur les côtés, et qui pourraient d'autant plus en imposer pour une affection de l'utérus, qu'ils donnent lieu à quelques symptômes analogues. »

Selon nous, M. Duparcque aurait dû donner quelques observations détaillées pour prouver d'une manière tout à fait péremptoire, l'existence de ces ganglions du bassin qui pourraient en imposer pour une affection de l'utérus.

« On a dit et répété que les tubercules ne siégeaient pas dans le parenchyme de l'utérus, mais à sa surface sous-péritonéale dans le corps, et sous la membrane muqueuse au col, et que ce n'était que par leurs développements qu'ils creusaient le parenchyme utérin. L'observation précédente vient détruire cette assertion; plusieurs des tubercules étaient entièrement cachés dans l'épaisseur des parois utérines; on en voyait d'autres se montrer de plus en plus à la surface externe, y faire saillie et quelques-uns seulement n'y plus tenir que par une sorte de pédicule. Cette disposition ne prouve-t-elle pas au contraire que les corps primitivement développés dans le tissu de ce viscère, ne se rapprochent de la surface que par les progrès de leur développement ou s'y trouvent portés et comme poussés dehors, à la manière des corps étrangers, par les efforts de la nature? quoique non enkystés, ils paraissent peu tenir aux parenchymes au milieu desquels ils se trouvent: en incisant les tissus séreux, ou muqueux, ou utérin qui les recouvrent et en les comprimant, on les expulse facilement. L'excavation qu'ils laissent ne paraît pas altérée.

» Dans quelques cas les bosselures globulaires que ces corps forment au col de l'utérus s'ouvrent spontanément et laissent échapper une matière comme caséeuse; d'autres fois les tubercules se ramollissent, excitent une inflammation isolante et expulsive de la partie; ils s'ouvrent, suppurent et laissent des excavations ulcéreuses. M. Carron du Villards en a recueilli un exemple remarquable. » (Duparcque, t. I, p. 368.)

M. Renaud a observé deux femmes qui avaient des tubercules à l'utérus. Or il s'agit ici d'un anatomo-pathologiste, d'un bon observateur.

Voici l'analyse de ces observations consignées dans les *Archives de médecine* (août 1831):

Obs. 2. La première femme a été mère de sept enfants. Elle avait les poumons adhérents et tuberculeux à leur sommet; le péritoine parsemé de grains tuberculeux, le vagin criblé de petites ulcérations, et l'utérus tapissé intérieurement d'une couche de matière tuberculeuse épaisse d'une ligne. La superficie de cette couche se laissait aisément enlever en la raclant. La plus profonde était identifiée au tissu de la matrice, des vaisseaux se prolongeaient dans son épaisseur. Dans l'une des parois de la matrice on trouvait un tubercule cru, du volume d'un gros pois. Les trompes étaient pleines d'une matière semblable; l'une d'elles était oblitérée à son pavillon. Les ovaires contenaient plusieurs kystes séreux.

Obs. 3. La deuxième femme avait eu le même nombre d'enfants que la précédente; elle avait cessé de voir ses menstrues depuis six mois, ce qu'on avait pu attribuer à son âge (quarante-cinq ans). Poumons tuberculeux, caverneux, adhérents; granulations tuberculeuses du péritoine: utérus volumineux et couvert de pareilles granulations; ses parois dures comme du cartilage, épaisses de sept à huit lignes, de couleur blanche, surtout près de la surface intérieure du viscère. Cette surface intérieure était couverte d'un enduit pareil à celui précédemment décrit; les trompes en étaient également remplies.

La première observation de M. Renaud est plus remarquable, elle est plus concluante; nous fixerons l'attention sur ce tubercule volumineux, bien tranché, existant dans le parenchyme même de l'utérus, et sur ces ulcérations particulières du vagin qui ressemblent à celles des intestins des phthisiques.

Quant au reste de l'histoire de la tuberculisation de la matrice, il nous serait impossible de la tracer ici, car elle n'est pas faite, et nous ne voudrions pas l'inventer. Nous craignons même d'avoir fait des citations où l'imagination a eu une op grande part; les lecteurs prudents

s'en tiendront aux faits, et même en les lisant, ils devront être prévenus contre l'erreur que nous avons signalée au début de cet article.

ARTICLE XXVII.

Hydatides de la matrice.

L'histoire de ces hydatides appartient plutôt à la pathologie du fœtus qu'à celle de la matrice. Ce sont en effet des transformations de l'œuf qui donnent lieu le plus fréquemment aux hydatides appelées môles creuses.

On peut voir par les observations contenues dans les auteurs et surtout celles rapportées par Madame Boivin, que ce sont les femmes très-fertiles qui offrent le plus d'exemples de ces hydatides. On verra dans ces observations d'une manière très-claire que si ces hydatides sont formées par l'œuf, elles peuvent se multiplier dans la matrice au point de dépasser le nombre de mille. D'ailleurs voici la première et la dernière observation de l'auteur que nous avons cité. Cette première observation a été rédigée par M. Vernois.

Obs. 1. « Madame D... âgée de trente-quatre ans, d'un tempérament lymphatique, éprouva tous les symptômes d'une grossesse : suppression des règles, nausées fréquentes, tristesse sans motifs apparents. Pendant cinq à six mois, le ventre acquit un peu de volume, et tout laissait espérer une grossesse heureuse.

» Au neuvième mois, point de douleurs. Elle consulta plusieurs médecins. Un accoucheur la trouva enceinte, mais observa que la grossesse ne datait que de quelques mois. M. Bourgeois, chirurgien de la maison royale de Saint-Denis, et M. Marjolin furent du même avis ; mais six mois s'écoulèrent encore, et rien de nouveau ne se déclara. Enfin, quinze jours plus tard, c'est-à-dire douze mois et demi après la première suppression des menstrues, Madame. D.. fut prise pendant la nuit, de douleurs violentes. Une perte abondante survint, et l'on appela M. Lambert, chirurgien de l'hospice dans la même ville : Il fit l'extraction de la môle qu'il avait reconnue. La tumeur s'est lacérée pendant son extraction ; elle contenait, dans sa cavité bien reconnaissable pour celle de l'amnios doublé du chorion, un liquide dont on estimait la quantité à huit onces. Les membranes qui tapissaient cette cavité, étaient environnées d'une quantité considérable d'hydatides très-transparentes, et dont la grosseur pouvait varier depuis celle d'une amande jusqu'au plus petit grain de sable. Plusieurs de ces hydatides faisaient saillie dans la cavité même, un groupe de ces vésicules saillantes semblait avoir été l'origine ou le reste d'un cordon ombilical. A l'extérieur, cette masse était lobulée, granuleuse, comme la face externe d'un placenta à terme.

» Pendant la gestation de cette môle, ni après son expulsion, il ne s'est rien manifesté dans les seins. Il est à remarquer aussi que nulle perte de sang ne s'est montrée durant le cours de cette grossesse. Les lochies ont coulé pendant plusieurs jours.

» Obs. 2. Appelée auprès d'une femme qui depuis deux jours perdait du sang en abondance par la vulve, et s'en trouvait excessivement affaiblie, je commençai par examiner l'état des organes génitaux ; je trouvai l'orifice externe de la matrice dilaté de sept à huit lignes, son col encore long et épais ; l'orifice interne inaccessible au doigt. Je ne pus reconnaître le ballottement, ni, par conséquent, m'assurer de la présence d'un fœtus dans l'utérus ; cet organe était pourtant fort développé, mais son fond ne dépassait pas l'ombilic, quoique la malade se crût enceinte de sept mois. L'hémorrhagie augmentait de moment en moment ; je tamponnai le vagin et fis prendre de l'eau sucrée aiguisée de quelques gouttes d'eau de Rabel. Le sang étant ainsi arrêté, la malade reprit des forces et commença à sentir des douleurs expultrices, et en effet l'utérus se durcissait par intervalles. Tout à coup, elle dit éprouver le besoin d'évacuer des matières fécales. On la place sur un bassin, et là, dans un effort, elle chasse du vagin le tampon suivi d'une masse de vésicules. La matrice avait diminué d'un quart environ, mais, peu après, le sang coule avec une force nouvelle, et une deuxième portion de môle vésiculaire est

chassée; une troisième, précédée aussi d'un nouvel écoulement de sang, est enfin poussée au dehors un quart d'heure après la deuxième. Après la dernière agglomération d'hydatides venait une masse spongieuse semblable à un placenta putréfié. Le tout pesait quatre livres, et les hydatides paraissaient être approximativement au nombre de quatre à cinq mille.

» A la suite de cette évacuation, la matrice revint sur son centre, et je reconnus qu'elle n'était plus embarrassée d'aucun corps étranger, mais la malade était dans une grande faiblesse; néanmoins ses forces, soutenues convenablement, se relevèrent, et le troisième jour la sécrétion du lait s'annonça par le gonflement des mamelles, mais elle s'arrêta presque aussitôt.

» Cette femme était âgée de vingt-huit ans, et enceinte pour la quatrième fois : dans les autres couches, elle a donné le jour à deux garçons et une fille. On pourrait conclure de ce fait et des deux précédents, que la multiplicité des grossesses prédispose à la môle vésiculaire. » (Boivin et Dugès, *Maladies de l'utérus*, t. I, page 288.)

3° Maladies du col de la matrice.

ARTICLE 1.

Vices de conformation du col de la matrice.

Dans le chapitre qui traite des maladies de la matrice, en général, il a déjà été question de ces vices de conformation. Nous y revenons cependant pour être complets autant que possible. Nous parlerons ici des vices de conformation congéniaux et acquis.

§ 1. Absence ou diminution considérable du volume du col de la matrice.

Il arrive assez souvent chez les vieilles femmes que le col manque plus ou moins complétement; il s'use pour ainsi dire avec l'âge, sans présenter le moindre vestige d'altération organique. Il est quelquefois impossible de soupçonner que le col ait existé. Le vagin représente alors un véritable cul-de-sac, sans proéminence. Quand l'atrophie n'est pas complète, elle porte tantôt sur une lèvre, tantôt sur l'autre, quelquefois enfin sur tout le col. Assez souvent on y remarque des cicatrices.

Si ces conditions en quelque sorte tout anatomiques du col utérin, n'ont symptomatiquement rien de morbide, ne sont pas une maladie, comme élémens de diagnostic elles ne devaient pas moins être signalées.

Nous l'avons déjà dit en parlant des vices de conformation de l'utérus, en général, dans bien des cas, on a cru à une absence du col quand il n'y avait qu'une forte déviation en arrière. Voyez la 2e livraison.

§ 2. Volume considérable du col de la matrice.

Il est difficile d'assigner le point de démarcation entre le volume normal et l'hypertrophie du col utérin; d'autant plus que le trouble fonctionnel, l'énergie de l'organe, ne viennent point ici comme le plus souvent au cœur, aider à lever l'incertitude; aussi les chiffres sont-ils tout à fait inadmissibles dans cette circonstance.

Ce serait comme si on voulait estimer numériquement la grandeur si variable des traits de la face; il faut s'en rapporter pour cette donnée à la notion générale qu'on acquiert par l'habitude.

L'hypertrophie du col utérin, souvent indépendante de celle du corps de l'organe, est générale ou bornée à un point du col; après l'accouchement l'hypertrophie se développe sur une lèvre ou sur l'autre. Elle est quelquefois uniforme, c'est-à-dire portant également sur tous les diamètres du col qui grossit en tous sens; d'autres fois le col est principalement allongé. Mme Boivin et Dugès en citent des observations; Dupuytren et M. Lisfranc en ont rencontré. En voici un exemple trop intéressant pour ne pas trouver place dans ce livre :

« Une jeune fille de dix-neuf ans, que m'adresse mon honorable confrère M. le docteur Patissier, pour savoir mon opinion sur la nature d'une infirmité pour laquelle elle l'avait consulté, présente une hypertrophie très-remarquable de la totalité du col utérin. Depuis son bas âge cette personne dit que chaque fois qu'elle se livrait à des efforts de défécation étant accroupie,

il se présentait entre les grandes lèvres un morceau de chair ayant la forme et le volume de l'extrémité du petit doigt. A quinze ans et demi les règles s'établirent facilement et ont depuis marché régulièrement. La malade dit s'être aperçue que ses règles coulaient par le sommet de ce corps. Ce morceau de chair devint alors plus volumineux et faisant saillie pendant le jour, rentrait complétement pendant la nuit. Il y a quelques mois eurent lieu les premières approches d'un homme; elles ne furent pas douloureuses et ne présentèrent aucune difficulté; mais depuis les règles ont été supprimées; le prolongement charnu a acquis du développement; il rentre moins complétement dans la position horizontale; il fait saillie d'environ un pouce et demi hors de la vulve; il a le volume du pouce d'un adulte. Il présente à son sommet une ouverture infundibuliforme, placée plus en avant que postérieurement, de manière que cette partie paraît comme taillée en biseau, ses bords et surtout le postérieur, qui représente la lèvre correspondante du museau de tanche, sont légèrement œdématiés, ce qui donne à cette partie absolument le même aspect que présente la verge recouverte du prépuce infiltré. Le toucher fait reconnaître à un pouce et demi de profondeur le cul de-sac du vagin qui se réfléchit sur le col utérin, et à travers lequel on sent encore celui ci remonter, de sorte que sa longueur totale est d'au moins trois pouces et demi. Le volume de l'extrémité apparente est en partie dû à l'infiltration de la tunique vaginale, car ce corps semble au toucher s'amincir en remontant vers sa base. La suppression des règles depuis trois mois survenue après la cohabitation, la tuméfaction du bas-ventre, l'augmentation de volume et de densité des seins, semblent indiquer un état de grossesse, et cependant il m'a été impossible de sentir l'utérus au bout du cylindre que forme le col si singulièrement allongé, bien qu'il y ait prolapsus de la matrice. Il est du reste facile, en plaçant la personne horizontalement, de faire remonter ce corps en dessus de l'isthme du vagin.» (Duparcque, *Traité des maladies de la matrice*, t. I, p. 156.)

L'hypertrophie simple du col utérin n'a point de symptôme; ce n'est qu'une infirmité. Selon M. Lisfranc, quand elle existe simultanément au corps du viscère, il peut se développer quelque malaise, quelques phénomènes congestifs, qui ne méritent pas, il est vrai, de nous arrêter plus longtemps. Cette disposition, qui n'est rien par elle-même, peut être grave par une de ses conséquences: elle peut causer la stérilité. M. Lisfranc a rendu une femme féconde en lui enlevant l'extrémité du col utérin trop long et trop conique. Le chirurgien évida l'orifice qui était d'une étroitesse excessive. Il cite un succès semblable de Mme Boivin et Dugès qui disaient obtenir la fertilité en redressant le col par des moyens mécaniques suivant les indications. Il faut revoir de pareils faits pour les prendre pour base d'une pratique sérieuse. Comment l'allongement du col de la matrice peut-il s'opposer à la conception? Parce que l'orifice du museau de tanche dévié se ferme lui-même en s'appliquant à la paroi vaginale, ou bien parce que le col conservant sa rectitude, est croisé par le pénis qui verse le fluide séminal vers la base de ce col, bien loin de l'orifice qui doit le recevoir, et alors la fécondation ne peut plus s'opérer que par le miracle de *l'aura seminalis*. Disposez donc le museau de tanche de manière que dans le coït, il se trouve en face du méat urinaire de l'homme. Dans les cas particuliers le chirurgien s'inspirera des conditions spéciales de la localité et si les simples moyens que nous conseillons échouent, pratiquera-t-il l'amputation du col? Mais c'est une opération grave; et puis est-il assez sûr que l'excessive longueur du col soit la cause de la stérilité et dans ce cas même, son raccourcissement par le bistouri répondrait-il à l'intention qui dirige l'instrument?

Quant à madame Boivin, elle nous paraît avoir beaucoup exagéré les avantages d'une pratique qui lui avait donné de la vogue dans une certaine classe.

§ 3. — Cloisonnement du col de la matrice.

Les lésions que nous venons d'étudier portent sur l'exagération de la substance des *parois du col de la matrice*. Dans quelques cas rares c'est une membrane placée comme un diaphragme, une sorte d'hymen

plus ou moins complet, qui obture le canal; disposition extraordinaire, qu'elle soit congéniale ou le résultat de l'inflammation. Après l'amputation du col, M. Lisfranc a vu une fois cet organe se boucher entièrement. Bien plus fréquemment la cloison est parallèle au canal qu'elle partage en deux. Qu'elle descende jusque dans le vagin, ou remonte dans la cavité du corps utérin, elle est toujours dirigée d'avant en arrière. C'est là un vice de conformation congénial, ce qui rappelle la matrice bicorne des mammifères. Voyez ce que nous avons dit des vices de conformation du corps de l'utérus. Là tous ces différents points ont déjà été traités; nous nous bornons à les indiquer pour ne pas laisser de lacune.

ARTICLE II.

Plaies, déchirures du col de la matrice.

Nous ne devons pas revenir sur ce qui a été dit aux articles qui traitent longuement des lésions physiques de la matrice en général. Nous rappellerons seulement que c'est dans l'accouchement naturel ou artificiel, spontané, ou provoqué, que le col de l'organe est le plus souvent blessé, contus, déchiré ou perforé. Quand le fœtus est expulsé par les seuls efforts maternels, on sait qu'à moins de former de véritables ruptures, les solutions de continuité du col sont trop légères pour constituer un état morbide. Le forceps produit quelquefois des meurtrissures ou des déchirures qui ont plus de gravité. L'instrument qu'une main criminelle dirige sur le col de la matrice dans le but de provoquer l'avortement, fait une plaie moins dangereuse par elle-même, comme surface traumatique, que par l'effet qui en est la conséquence, l'expulsion prématurée du produit de la conception. Mais tous ces points tiennent si intimement à l'histoire de l'accouchement qu'il est impossible de les en séparer. Nous n'avons pu que les indiquer. Voyez notre article sur les ruptures de la matrice, et le mémoire inséré dans les *Archives de médecine*, cité dans cet article. On trouvera dans ce mémoire des faits remarquables de blessures du col utérin, opérées par le forceps, et même par la main.

Au milieu d'une enceinte osseuse, on comprend que les blessures ordinaires n'atteignent presque jamais le col utérin. C'est à peine si l'on cite quelques cas, comme celui de M. Lisfranc; la malade en s'asseyant sur un vase de nuit s'en enfonça un fragment dans le museau de tanche; la plaie dégénéra en cancer. (*Clinique chirurgicale de la Pitié*, t. II.)

ARTICLE III.

Névralgie du col de la matrice.

M. Lisfranc a décrit (t. III, p. 637) sous le titre d'*État nerveux de la matrice*, une affection où, à l'état anatomique de la métrite chronique, se lie une telle sensibilité de l'organe, que le coït, l'application du speculum ou du doigt sont quelquefois intolérables. Ce chirurgien appelle l'attention sur la gravité de cette maladie, et conseille contre elle un traitement assez énergique. « Nous avons vu à la Maison royale de santé, une névralgie plus nette du col utérin, en ce sens qu'elle semblait dégagée de toute complication inflammatoire ou autre. Le col conservait sa place, son volume, sa consistance, sa coloration, son aspect ordinaires (la malade n'avait pas été mère); le corps de la matrice était aussi en apparence parfaitement sain, en un mot, rien de morbide ne se laissait soupçonner malgré le plus scrupuleux examen; et cependant il y avait des douleurs vers le haut du vagin, le toucher était pénible, et pourtant les approches conjugales produisaient des souffrances tellement vives, que la malade était disposée à subir toute espèce de traitement pour s'en débarrasser. Les émollients et les narcotiques furent inutilement employés en injections. Le chirurgien eut l'idée de modifier la vitalité du museau de tanche, en le cautérisant superficiellement avec le nitrate acide de mercure, comme s'il y avait une ulcération. Cette solution de continuité légère, une fois artificiellement opérée par le caustique, l'amélioration commença, et tout promettait un succès complet quand, en quittant le service, je perdis la malade de vue. » (Communiqué par M. Morel-Lavallée.)

ARTICLE IV.

Inflammation du col de la matrice.

L'inflammation du col utérin revêt trois formes assez nettement tranchées : 1° la forme aiguë, qui a le même caractère de violence et de durée que dans les autres tissus; 2° la forme chronique proprement dite, qui n'est que l'affaiblissement de la première; 3° la forme granuleuse. Enfin viennent les engorgements et les autres conséquences de l'inflammation ; nous les étudierons également.

§ 1er. Inflammation aiguë du col de la matrice.

Les causes sont les mêmes que celles de la métrite en général; mais on conçoit que celles qui portent directement leur action sur le museau de tanche, ont ici une influence bien plus marquée.

La métrite *catarrhale* du col peut-elle exister indépendamment de celle du corps? Au toucher on trouve le col tuméfié et dur au pourtour de l'orifice, tandis que les parties les plus excentriques conservent leur souplesse et leur élasticité normales, première différence avec la métrite parenchymateuse, dans laquelle la dureté est générale et parfois plus excentrique, le pourtour de l'orifice paraissant plutôt comme ramolli. Au moyen du speculum, on voit le col rouge et son orifice comme érodé en dedans. Nous n'insistons pas sur ce point; de toutes les lésions de l'utérus, le catarrhe est le moins susceptible de se borner au col. Comment une phlegmasie muqueuse, qui a une si grande tendance à s'étendre, pourrait-elle se localiser, frapper isolément une portion d'une membrane si resserrée? Vouloir décrire à part le catarrhe du col utérin, ne serait pas imiter la nature qui ne l'offre jamais que simultanément avec celui du corps du viscère. Aussi notre but n'est-il ici que de rappeler les principaux traits du rôle qu'y joue le col.

Il n'en est plus ainsi de l'inflammation aiguë du *parenchyme;* elle est assez souvent limitée au col et même à l'une des lèvres du museau de tanche, qui est plus dure, plus grosse, plus longue et plus rouge que l'autre. L'orifice ordinairement dilaté est quelquefois resserré. L'application du doigt et du speculum est douloureuse, et demande beaucoup de ménagement. Une douleur permanente et spontanée au fond du vagin, un écoulement sanguin ou muqueux, ou mixte, c'est-à-dire à la fois composé de sang et de mucus, sanguinolent en un mot, tels sont les autres symptômes de l'inflammation du tissu du col utérin. Le plus souvent la terminaison en est heureuse; mais il arrive cependant que le mal se propage au corps de l'organe, passe à l'état chronique ou se complique d'ulcérations (Lisfranc).

Le traitement consiste dans les saignées générale et locale, dans l'application immédiate des sangsues sur le col. Disons cependant que ce dernier mode de tirer du sang ne réunit pas tous les suffrages. Les injections émollientes, les bains tièdes, les lavements presque froids, les boissons adoucissantes, acidulées, etc., doivent aussi être mis en usage.

§ 2. Inflammation chronique du col de la matrice.

Primitive ou consécutive à l'aiguë, l'inflammation chronique du col de la matrice est caractérisée par le gonflement d'une ou des deux lèvres du museau de tanche, qui est le plus souvent dur, et pourtant, dans certains cas, le siége d'une sorte de mollesse (Lisfranc); l'orifice est presque toujours dilaté, quand le col entier est le siége de l'inflammation, il présente un gonflement uniforme, quelquefois bosselé, surtout quand le pourtour en est divisé en lobules par les cicatrices résultant des éraillures de l'accouchement; ces blessures multipliées ont inspiré des craintes sans fondement sur la nature de la maladie (Duparcque). Des douleurs sourdes dans le bassin, des dérangements plus ou moins marqués dans la menstruation, un écoulement muqueux peu prononcé ou nul; quelques troubles dans la digestion; quelques phénomènes nerveux, tel est en résumé, l'aspect de l'inflammation chronique du col utérin. Nous ne pouvons nous y arrêter davantage., sans empiéter sur ce qui sera dit des engorgements. Terminons par quelques mots de M. Lisfranc (t. III, p. 632). « Il y a souvent des recrudescences, surtout quelques jours avant, pendant et après les règles, il n'est pas rare de la voir passer

(l'inflammation) à l'état aigu. Elle peut exister avec tous les engorgements utérins dont nous allons nous occuper bientôt ; ils peuvent aussi en être exempts.

» La subinflammation dont nous traitons, détermine quelquefois l'occlusion complète du col utérin, ou son adhérence avec le vagin; elle occasionne, dans de certaines circonstances, des douleurs lancinantes et une dureté considérable du col utérin; très-communément alors les malades ont le teint plombé, jaunâtre et même terreux; elle guérit souvent sans opération. » Il ne faut donc pas précipiter son pronostic. Nous ne parlons pas dans ce moment du diagnostic, nous l'exposerons bientôt avec toutes ses difficultés. *Traitement*: antiphlogistiques modérés, résolutifs, injections astringentes, etc. C'est presque la même thérapeutique que pour les engorgements durs.

§ 3. Inflammation granuleuse ou framboisée du col de la matrice. (Granulations du col).

Cette double dénomination éveille à la fois deux idées, celle d'une *érosion* ordinaire qui s'est couverte de *bourgeons* charnus comme une plaie dans la période suppurative, et celle de petites *végétations* qui se développent et se groupent sur le museau de tanche, soit par l'hypertrophie de l'un des éléments normaux de la muqueuse, des follicules par exemple, soit par la formation d'un tissu accidentel, dernier ordre de lésions qui n'implique pas, ainsi que le premier, la destruction de la membrane tégumenteuse. Ce qui arrive presque toujours, cette confusion est passée du langage dans les choses. Il est beaucoup d'auteurs qui n'ont point traité séparément des deux affections et pour peu que la définition et la description anatomique laissent à désirer, ce qui n'est pas rare, on ne sait laquelle des deux affections ils veulent désigner par *ulcération framboisée* ou *granuleuse*; ou si des deux ils n'en font qu'une. Il semble cependant que la plupart n'aient eu en vue que l'ulcération recouverte de bourgeons charnus. Madame Boivin et Dugès, et après eux M. Duparcque ont posé nettement la distinction et bien étudié la métrite granuleuse.

Il y a deux ordres de granulations. Au premier cas appartiennent les élevures que le speculum fait découvrir alors sur le museau de tanche; elles sont tantôt peu nombreuses, grosses comme des pois, subpédiculées, assez fermes, plus souvent du volume d'un grain de millet, blanchâtres, mais molles, comme vésiculeuses et en grand nombre, toujours sans apparence de pédicule; c'est de leur interstice que s'écoule le sang qui suinte du vagin par le contact du speculum, dans l'opération du toucher, dans l'acte du coït ou seulement dans les efforts de la défécation. Au deuxième ordre appartiennent les granulations dures et petites, blanchâtres et encore des élevures rouges ou rougeâtres, peu dures, molles même, miliaires mais alors sans mollesse ni rougeur du museau de tanche qui les porte; élevures telles qu'on a pu une fois les croire variqueuses. On ne pourrait effectivement affirmer que ces petites excroissances fussent toujours de nature et de caractères identiques; et ce qui prouverait le contraire, c'est que leur étiologie est loin d'être constamment la même. Souvent obscure, incertaine, ou semblable à celle de tout autre maladie de l'utérus (avortements antécédents, dérangements de menstruation, etc.), elle a paru quelquefois plus évidemment que dans toute autre affection, devoir être rapportée au vice dartreux et à la syphilis. Quelquefois elle a coïncidé (à l'état chronique) avec l'induration du col, avec une tumeur fibreuse de l'utérus. Si dans les cas de complication cette forme de métrite a eu quelque chose de grave, il n'en a pas été généralement ainsi quand elle semblait idiopathique et due seulement à la menstruation ou bien encore à la fatigue d'une station prolongée, d'efforts nécessités par une progression fatigante, à la constipation habituelle. Peut-être alors consistait-elle seulement dans une hypertrophie, une exagération des follicules de la muqueuse du museau de tanche, continuation de celle du vagin. Quoi qu'il en soit, un traitement appliqué aux indications les plus évidentes, comme l'emploi des émollients, des saignées locales dans l'état subaigu, plus stimulant dans l'état chronique (eaux minérales, etc.); les spécifiques

dans les cas de syphilis, puis les dérivatifs dans la plupart des cas (cautères, etc.), ont produit les effets les plus avantageux et les plus décisifs dans un bon nombre de cas. Nous nous sommes demandé si dans quelques dispositions fâcheuses, en cas d'hérédité de la prédisposition cancéreuse, par exemple, les élevures papuliformes ou vésiculiformes du museau de tanche ne pouvaient pas devenir l'origine de ces excroissances globuleuses ou en grappe qui poussent quelquefois au col de l'utérus.

Voici une observation qui offre un avantage précieux et rare dans ces affections légères, l'autopsie. « *Obs.* 1re Une femme passait dans la rue, au moment où une autre se jetant par la fenêtre d'un quatrième, lui tombe sur le dos; cette malheureuse fut affaissée sous la chute de cette masse, et quand on la releva elle était paraplégique. Des saignées, des applications de sangsues sur le point de la colonne vertébrale qui avait souffert, en un mot le traitement le plus énergique et le mieux dirigé, ne purent parvenir à la sauver; elle mourut à la maison royale de santé, où elle avait été transportée après son accident. » Nous aurions rapporté l'observation avec plus de détails, si les signes et les caractères anatomiques de la luxation des vertèbres avaient été plus complétement exposés dans l'original. Heureusement, ce qui nous importe le plus dans ce moment, c'est la lésion du col; et sa description ne laisse guère à désirer.

... « *Autopsie.* Luxation avec inflammation des surfaces articulaires des deux dernières vertèbres lombaires etc... La matrice est d'un petit volume, et présente dans le tissu de sa paroi antérieure et latérale gauche, une tumeur fibreuse du volume d'une noix muscade; le reste du tissu de l'organe est plus mou que dans l'état normal; les trompes et les ovaires sont sains.

» A la surface du museau de tanche, ou plutôt derrière la membrane qui le recouvre, des granulations molles, blanches, de la grosseur d'une petite tête d'épingle, occupent particulièrement la lèvre antérieure qui est souple, mais beaucoup plus longue et plus épaisse que la lèvre postérieure. Cette fille qui présentait tous les signes extérieurs de la virginité, avait toujours été bien réglée, mais plus abondamment que ne le comportait sa constitution; ses règles ont reparu à leur époque depuis l'accident. Voilà un exemple d'affection du museau de tanche et de tumeur fibreuse, chez une femme bien jeune, ce qui est contradictoire à l'opinion de ceux qui pensent qu'elles ne se rencontrent que dans un âge avancé. » (Boivin et Dugès, *ibid.*)

Il est parfaitement clair qu'il ne s'agit point ici de bourgeons à la surface d'un ulcère : Les granulations, qui avaient d'ailleurs de tout autres caractères étaient *sous la muqueuse.* Une dissection plus fine des petites tumeurs, aurait peut-être fourni des notions précises sur leurs rapports avec le tissu qui les entourait, sur la manière dont elles étaient liées au parenchyme utérin et sur leur texture intime.

Passons à une autre observation où la maladie ne put être examinée qu'au toucher:

Obs. 2. « *Granulations dues aux irritations et désirs vénériens.* Madame la comtesse de L., âgée de quarante ans, d'une constitution lymphatique, chargée d'embonpoint, peu réglée, avait autrefois une affection herpétique sur le bras et sur la poitrine, qui avait disparu à la suite d'un traitement peu judicieusement employé; de violents chagrins domestiques, sa séparation judiciaire avec son mari, furent suivis d'une irritation des parties génitales et de désirs aphrodisiaques, qui duraient quelquefois de sept à huit heures. Cet état humiliant pour la malade était combattu sans succès par tous les moyens que la raison et la morale mettaient à sa disposition.

» L'examen des parties ne laisse voir à l'extérieur que de la rougeur et de la sécheresse, à la face interne des grandes lèvres et de l'entrée du vagin; mais le museau de tanche est beaucoup plus volumineux et plus bas que dans l'état naturel; le fond de l'utérus se trouve environ à deux pouces au-dessus du bord supérieur du pubis. Le museau de tanche est couvert de nombreuses aspérités, produisant sous le doigt la sensation de grains de sable. La répulsion de l'organe

occasionne de la douleur sur le col et dans les régions inguinales, disposition qui explique la sensation de pesanteur sur le fondement, la douleur dans les aines, la difficulté qui se montre parfois dans l'expulsion des urines et des matières fécales.

» L'engorgement des parois internes était effectivement assez considérable pour en augmenter de beaucoup le volume total, et de manière à occuper la presque totalité de l'excavation du bassin. Nous aurions désiré voir avec le speculum; mais madame la comtesse n'a point voulu se soumettre à cet examen. Nous ignorons le traitement que l'on aura appliqué et quelles en auront été les conséquences; mais on pouvait soupçonner que l'affection dartreuse répercutée entrait pour beaucoup dans cette espèce de nymphomanie et devait être attaquée par les anti-herpétiques.» (Boivin et Dugès, t. II, p. 343.)

Cette affection dont les symptômes *subjectifs*, comme disent les Allemands, ne diffèrent pas de ceux des ulcérations du col, ne pourrait se confondre qu'avec l'érosion simple et recouverte de bourgeons charnus : dans les deux cas il y a tumeur et saignement; mais les bourgeons charnus n'ont jamais la dureté des granulations non plus que leur saillie nettement dessinée. Un examen attentif fait à l'aide du speculum et du toucher, lèvera le plus souvent les doutes.

La métrite granuleuse peut durer des années sans produire d'accidents; en tout cas on en arrête la marche par des cautérisations méthodiques. Quelques médecins ont cependant cru devoir recourir à l'amputation du col. «J'ai enlevé il y a quatre ans la moitié inférieure du col utérin. La malade se porte bien maintenant. La maladie consistait dans un gonflement médiocre des lèvres de l'orifice de l'utérus, avec rougeur et granulations, qui durait depuis deux ans déjà, et causait un écoulement jaunâtre, des pesanteurs, de la difficulté à marcher; c'était une *inflammation granuleuse framboisée* du col utérin, inflammation qui dure quelquefois bien des années, mais qui ne tue pas. On l'a confondue avec le cancer; elle en diffère essentiellement; aussi la malade a-t-elle bien guéri. » Ainsi s'exprime M. Hervez de Chegoin, dans une note consignée dans l'ouvrage de M. Duparcque (t. I, p. 150). Cependant il ne faudrait pas, dit M. Duparcque, se fier à cette apparence de bénignité de la métrite granuleuse. Abandonnée à elle-même ou incomplétement détruite, elle prend après un certain temps, et surtout aux approches de l'âge critique, un développement plus rapide et finit par former une tumeur en champignon, qui remplit le vagin et constitue alors une espèce particulière de cancer que quelques auteurs ont désignée sous le nom de cancer mural, appliqué aussi à d'autres tumeurs. Et il cite à l'appui de ce qu'il avance une malade traitée par M. Duméril, à la maison royale de santé, et dont l'observation recueillie par Madame Boivin a été insérée dans l'ouvrage fait en commun par elle et par Dugès.

Obs. 3. Madame N. Ch., âgée de trente-quatre ans, réglée à vingt-deux, a eu deux couches, dont la dernière à vingt-six ans, a été suivie d'un dérangement menstruel et de la manifestation de douleur pendant le coït. Depuis un an la perte avait augmenté; il y avait également des douleurs dans la cuisse et la hanche droites. Le museau de tanche était déjeté à droite. La lèvre antérieure dirigée à gauche formait une tumeur du volume d'une grosse noix, solide à sa base, mollasse, inégale, comme bourgeonnée à sa surface, granulée, rouge en certains points, blanchâtre en d'autres. Des cautérisations furent faites avec un bâton de potasse caustique; à la troisième on fixe, avec de la cire à cacheter, l'alcali sur un rouleau de linge qui sert de manche. Le fragment de potasse épais de trois à quatre lignes, avait la largeur d'une pièce de dix sous. Le caustique dirigé sur la partie malade y resta une demi-heure; l'écoulement d'une matière brunâtre, corrodante, fut tari par des injections. Après la septième cautérisation, l'ulcération qui d'abord était grise, noirâtre, devint d'un rouge vermeil; le bord antérieur de la tumeur était presque au niveau du col utérin; mais en arrière elle faisait encore saillie. Huitième cautérisation de cette partie; le lendemain végétation

rouge. Après la douzième cautérisation, toute la partie antérieure du col était détruite. La dix-huitième fois qu'on renouvelle cette opération, on porte le caustique presque dans l'intérieur de l'utérus, dont la surface paraît grise. A la vingt-huitième, le col de la matrice était détruit et son corps évidé; le manque de moyens força la malade d'entrer à la Pitié; elle fut reçue dans le service de Béclard; mais on ignore ce qu'elle devint.

Quoique cette terminaison de la métrite granuleuse ne soit ni démontrée, parce qu'ici on a ignoré le début du mal, ni surtout fréquente, comme elle est à craindre, il faut recourir de bonne heure à la cautérisation méthodique, etc.

ARTICLE V.

Engorgements du col de la matrice.

Ces engorgements sont de plusieurs espèces, et sont liés à presque toutes les affections du col utérin, aux ulcérations, aux dégénérescences. Nous aurions pu n'en parler que comme des complications de ces maladies, mais pour les praticiens il n'est pas inutile d'en traiter à part.

Pour les causes, voyez l'étiologie de la métrite, dans notre deuxième livraison. Pour les caractères anatomiques, nous les exposerons plus loin parallèlement avec ceux du squirrhe. Une différence entre le produit accidentel et le col simplement engorgé, c'est qu'après la mort le squirrhe conserve la dureté qu'il offrait pendant la vie; tandis que le tissu utérin la perd en partie et reprend de la souplesse. Au reste, ce tissu blanc, lardacé, fibreux, est tellement facile à confondre avec le squirrhe, que la nature de la pièce pathologique a souvent soulevé de vifs débats au sein des sociétés savantes. La lésion est circonscrite à une des lèvres du museau de tanche ou l'envahit tout entier.

Quant aux symptômes, on peut dire que les douleurs sont celles des autres lésions simples de la même partie : les élancements peuvent se montrer comme dans le squirrhe, où il n'est pas rare qu'ils manquent. En général, les règles sont diminuées ou supprimées; les cas contraires sont exceptionnels (Duparcque). Si la sécrétion normale de la muqueuse utérine est diminuée ou suspendue, il n'y a pas non plus de sécrétion anormale; ordinairement, l'orifice utérin est sec ou bien il ne laisse échapper que quelques filaments muqueux, plus ou moins teints de sang, ou un peu de sérosité limpide ou rougeâtre, mais en si petite quantité, que tout se perd dans le vagin et qu'on ne l'aperçoit qu'en maintenant le speculum appliqué quelques instants. On conçoit que ces symptômes ne sont bien prononcés que lorsque le col entier et le corps de l'utérus sont le siége de l'engorgement. D'ailleurs, il y a plusieurs espèces d'engorgements que nous allons examiner.

§ 1. — Engorgement congestif du col de la matrice.

Le plus souvent il occupe le viscère tout entier. La lésion a plusieurs degrés. Elle varie depuis la simple fluxion, où les capillaires sont plus remplis que de coutume, jusqu'à la turgescence du tissu, son imbibition par le sang, comme si ce liquide, échappé de ses vaisseaux, avait pénétré dans le parenchyme qu'il fait ressembler à celui d'une rate engorgée (Duparcque). Dans la première période, le col est gonflé, rouge et rénitent; dans la dernière, son volume augmente, sa couleur se fonce et sa consistance diminue : il est comme ramolli, et fait éprouver au doigt la sensation d'une crépitation; on dirait l'écrasement de petits caillots disséminés dans la trame organique (Duparcque).

Cet état qui reconnaît pour causes tout ce qui porte sur l'utérus et principalement sur son col une excitation excessive, abus du coït, masturbation, enfin, cette série de conditions pathogéniques, que nous avons déjà plus d'une fois passées en revue; cet état, disons-nous, s'accompagne de chaleur et de pesanteur dans le bassin, de tiraillements dans les aines, et en général d'une menstruation excessive, et qui peut aller jusqu'à la métrorrhagie.

Les antiphlogistiques forment la base du traitement qu'il serait inutile de décrire ici avec détail.

§ 2. Engorgement dur du col de la matrice.

L'engorgement dur même considérable,

même complet du col, ne s'oppose pas toujours à la conception : il persiste pendant la grossesse, et l'accoucheur a été plus d'une fois obligé d'y porter le bistouri pour en opérer le débridement. Le col inextensible forme un anneau qui s'oppose à l'issue du fœtus.

Le toucher et le speculum font constater les caractères que nous avons signalés, gonflement, dureté avec ou sans bosselures, etc., mais qui appartiennent aussi bien au squirrhe.

Bien que susceptible de résolution, l'engorgement dur du col utérin est assez grave, parce qu'il peut dégénérer en squirrhe, et qu'on n'est jamais bien sûr qu'il conserve de sa nature bénigne, principalement à l'âge critique.

La saignée, les ventouses sur les lombes, les sangsues à l'hypogastre, et même sur le col de la matrice (Duparcque), sont les meilleurs moyens à mettre en usage.

Le régime sera débilitant : surtout abstinence complète de tout aliment excitant.

Le repos dans la position horizontale n'est pas toujours indispensable, mais l'exercice doit être modéré.

Les diaphorétiques, les diurétiques, les laxatifs doux ne sont pas non plus à négliger, ainsi que les dérivatifs extérieurs, les cautères, etc. Lemercure est aussi à essayer. Les narcotiques ont été employés avec succès.

§ 3. — Engorgement œdémateux (œdème du col de la matrice.)

« L'engorgement œdémateux du col de l'utérus a souvent lieu à la suite des couches, et paraît être le résultat de violences qu'a subies pendant cet acte la partie qui en est le siége. Cet état, qui persiste ou augmente jusqu'à la fièvre de lait, diminue ordinairement et disparaît dans le courant des six semaines. » (Duparcque, t. I, p. 163.)

Hors cette circonstance, c'est une affection si rare, que M. Lisfranc n'en parle que pour dire qu'il ne l'a jamais rencontrée. M. Duparcque n'en compte que quelques observations. En voici une qui nous paraît très-intéressante :

Une dame, sujette depuis son plus bas âge aux affections catarrhales et à une leucorrhée très-abondande et séreuse, avait été réglée à dix-huit ans. A vingt-cinq, elle accoucha d'un enfant qu'elle allaita pendant deux ans. Les derniers mois qu'elle nourrit, les règles reparurent pour continuer comme de coutume. A trente ans la leucorrhée devenant plus fréquente, elle fut combattue, mais sans beaucoup de succès, par les injections d'eau blanche. Les règles sont plus abondantes et plus séreuses. La santé se détériore : la décoloration de la peau et une œdématie générale sont attribuées aux troubles sympathiques de la digestion sous l'influence de la leucorrhée. Les règles se suppriment entièrement, et comme en même temps le ventre se développe, on croit à une grossesse. Un sentiment de pesanteur sur le fondement semblait aux yeux de la malade confirmer ce soupçon. Six mois s'écoulèrent, et ni augmentation du ventre, ni mouvements d'enfant, et les seins sont affaissés, et le dépérissement marche.

Consulté deux mois auparavant, M. Duparcque s'était borné à un examen superficiel. Il se livre cette fois à une exploration plus complète. Au toucher il trouve, à un pouce et demi environ dans le vagin, une tumeur représentant un bourrelet circulaire, offrant à son centre une dépression infundibuliforme qui aboutissait à une ouverture étroite et resserrée ; le doigt peut être promené profondément autour de cette tumeur dans le cul-de-sac vaginal. Le toucher par le rectum permet de sentir distinctement ce bourrelet comme étranglé supérieurement et se confondant avec le corps de l'utérus qui n'était pas augmenté de volume. Cette tumeur parut plus légère, plus élastique qu'aucune de celles que l'observateur avait vues jusqu'alors. Il avoue que cependant il diagnostiqua un engorgement inflammatoire chronique avec induration. Les vomissements, la diarrhée, etc., terminèrent en huit jours l'existence de la malade.

Autopsie. Le corps de l'utérus était très-sain, mais son col était boursouflé au-dessous du collet vaginal, et formait une tumeur élastique, transparente, conservant l'impression du doigt, pourvu

qu'on appuyât fortement ; en l'incisant, il s'en écoula d'abord peu de sérosité qui paraissait infiltrée, mais qui s'échappait facilement par la pression. Le tube digestif offrait les traces des désordres qui avaient causé la mort. (Duparcque, page 160.)

De légères scarifications et des injections astringentes, des douches et des bains de mer, tels sont les moyens les plus capables de faire disparaître cette rare affection. On appellerait en aide un régime tonique.

ARTICLE VI.

Rougeurs du col de la matrice.

Nous ne ferons que mentionner ici les plaques rouges ou roses qui se manifestent sur le col ou à son voisinage, à l'approche ou à la suite des règles, ou après l'excitation physiologique de cet organe. Ces taches, dues à une congestion sanguine momentanée, s'effacent sous la pression et disparaissent d'elles-mêmes en quelques jours. Elles n'ont presque rien de pathologique, ainsi que le fait très-bien sentir M. Duparcque (t. I, p. 373). Ce praticien ne semble d'ailleurs pas attacher d'importance aux changements quelconques que peut éprouver le museau de tanche dans sa coloration naturelle ; il n'y trouve de valeur qu'en ce qu'ils peuvent annoncer une ulcération. M. Gibert est plus explicite encore : « Quant à la coloration et à l'aspect plus ou moins lisse du col, il nous est arrivé plusieurs fois, en mettant un certain intervalle entre nos examens (quinze jours, trois semaines, un mois, par exemple), de trouver à cet égard des variations qui nous ont paru accidentelles, passagères et sans importance. Tous les jours cependant, en ville, on croit pouvoir, après un seul examen, décider de la nature de lésions aussi légères, et trop souvent on applique des traitements plus ou moins actifs à de simples rougeurs qui se seraient dissipées d'elles-mêmes » (*Remarques pratiques sur le col utérin de la matrice*, par M. Gibert, p. 8). Aux yeux de M. Lisfranc, ces rougeurs n'ont point cette insignifiance ; et ce chirurgien entre à cet égard dans des détails que nous devons analyser. D'autres fois, au lieu d'être ainsi réunie en plaque, la couleur rouge est en quelque sorte disséminée à la surface du museau de tanche, figure de petits points rouges analogues à des piqûres de puces, et donne à l'organe, suivant l'expression de M. Lisfranc, l'aspect qu'offre le dos de la truite saumonée. M. Lisfranc recommande ces rougeurs à l'attention du praticien, parce qu'elles entretiennent l'irritation et favorisent l'engorgement de l'utérus, et que, malgré leur simplicité primitive, elles peuvent prendre un caractère grave en s'ulcérant et compromettre l'existence de la malade. En conséquence, il dirige contre elles d'abord les antiphlogistiques, et ensuite de légères cautérisations avec le nitrate acide de mercure.

En résumé, d'un côté MM. Duparcque et Gibert, avec la plupart des médecins, pensent que généralement on ne doit pas s'occuper des rougeurs du col utérin, tandis que M. Lisfranc et ses élèves les soumettent à un traitement sérieux. S'il nous était permis de nous prononcer entre ces autorités nous dirions : si les rougeurs existent seules, sans aucun autre phénomène morbide, sans douleur, sans engorgement, sans accident, etc., on peut les considérer presque comme nulles; s'il y a quelques accidents ou si l'ulcération paraît à craindre, employez le repos de l'organe malade, quelques injections émollientes d'abord, puis astringentes.

Chez presque toutes les femmes qui ont des écoulements abondants on trouve, selon M. Lisfranc, sur la lèvre postérieure du col des rougeurs qui paraissent dues au contact du liquide sécrété par la matrice ; ce praticien compare cette cause d'irritation dont l'action est toute physique à celle des larmes qui en coulant sur la joue produisent des rougeurs. Ces altérations dans la couleur du museau de tanche dépendantes du catarrhe utérin n'auraient ici qu'une légère valeur ; mais elles montrent que la muqueuse est exposée à une lésion plus sérieuse si on ne parvient à la soustraire à l'influence qui l'occasionne. Il n'en est plus de même de ces rougeurs qui entièrement dégagées de cette origine, ou si l'on veut étrangères aux mu-

cosités utérines, se manifestent sur le col, sans que le vagin ait perdu son aspect normal. Ces plaques sont distribuées comme celles de l'intestin dans l'entérite. Les taches partielles sont isolées ou confluentes, et parfaitement tranchées sans que la nuance s'en fonde insensiblement avec celle des parties voisines. Elles rappellent les rougeurs qui surviennent aux jambes des jeunes filles malpropres ou mal réglées et un peu scrofuleuses, ou bien encore ces rougeurs dartreuses qu'on observe quelquefois sur le visage; elles sont d'un rouge brun annonçant de l'inflammation, s'élevant un peu au dessus du niveau des parties saines. Elles sont quelquefois formées par un lacis de petits vaisseaux en relief comme dans l'inflammation de l'arrière-gorge. Dans tous les cas elles s'accompagnent d'un engorgement simple, très-rarement d'une ulcération du col dont la muqueuse est, en général, molle, tomenteuse, épaisse et saigne au plus léger froissement.

ARTICLE VII.

Éruptions du col de la matrice.

Si les rougeurs bien nettement circonscrites, bien caractérisées, ne sont pas fréquentes au museau de tanche, les éruptions y sont encore bien plus rares. Madame Boivin et Dugès, M. Lisfranc, M. Duparcque ont observé sur le museau de tanche de petites vésicules miliaires discrètes ou confluentes, de petits boutons cristallins, des pustules phlycténoïdes semblables aux aphthes de la bouche, de véritables phlyctènes. Toutes ces éruptions peuvent disparaître sans laisser d'ulcération; mais, d'après M. Lisfranc, cette terminaison est rare surtout pour les phlyctènes. Même thérapeutique que pour les rougeurs; nous aurons d'ailleurs occasion de revenir sur ces affections du col à propos de ses ulcérations.

Il y aurait pour ces granulations une autre terminaison problématique encore, c'est celle où leur progrès les transformerait en véritables polypes.

ARTICLE VIII.

Ulcérations simples du col de la matrice.

Les unes, et ce sont les plus communes, sont extrêmement superficielles, et ne consistent que dans la destruction de l'épithelium; les autres gagnent en profondeur, et sans perdre le caractère de bénignité, forment de véritables ulcères.

§ 1. Ulcérations superficielles

Ce sont les *érosions, les exulcérations* de plusieurs auteurs.

Causes. Les causes locales sont les excès conjugaux qui peuvent agir de deux manières : physiologiquement par l'excitation qu'ils amènent dans l'organe, et mécaniquement par le froissement direct et violent que peut éprouver le museau de tanche. Quant aux influences générales contestées par le plus grand nombre des médecins, elles sont admises par M. Duparcque, qui établit que les dérangements de la digestion et l'affaiblissement de la santé peuvent donner naissance à ces lésions, en sorte que, tour à tour, ces troubles dans la fonction du canal intestinal seraient la cause et l'effet des affections du col utérin. D'après quelques praticiens, dit M. Lisfranc, un très-grand nombre d'ulcérations du col seraient dues à la pression, au frottement de l'extrémité de cet organe contre les parois du vagin par suite d'une déviation de l'utérus; il est possible que quelquefois il en soit ainsi, mais cependant si l'on réfléchit que dans la grande majorité des cas les ulcérations ont leur siége sur le point le plus saillant du bord du canal utérin, qui naturellement doit porter sur la paroi vaginale, si l'on réfléchit, dis-je, qu'elles débutent presque toujours vers l'entrée du col, et que ce n'est, le plus souvent, que par extension qu'elles gagnent la partie la plus externe du museau de tanche, on sera conduit à restreindre de beaucoup l'influence de ce genre de causes. On appréciera dès lors à leur juste valeur, comme moyens curatifs, tous ces moyens mécaniques (les pessaires) destinés à ramener l'utérus dans sa rectitude normale. Ainsi M. Lisfranc fait une large part à l'action irritante de la leucorrhée utérine. M. Duparcque est d'un avis opposé (t. I, p. 74). Une circonstance productive de ces ulcérations, c'est la blennorhagie, qui souvent se fixe sur le col de l'utérus.

Caractères anatomiques. — Symptô-

mes. Le siége ordinaire de ces ulcérations est à l'extrémité inférieure du col, sur le museau de tanche, le plus souvent à la lèvre postérieure, suivant M. Lisfranc et la plupart des auteurs, à l'antérieure, d'après M. Mêlier, soit qu'elles commencent par des rougeurs, par des éruptions ou autrement. A l'orifice buccal, c'est aussi la lèvre correspondante ou l'inférieure qui est le plus souvent malade. Dans leur plus grande simplicité ces ulcérations s'offrent sous l'aspect d'une plaque rouge, si superficielle qu'on se demande au premier abord s'il y a autre chose qu'un phénomène de coloration, qu'une tache. La vue dans ce cas a souvent besoin du secours du toucher pour lever l'indécision. Quand le mal est aussi peu prononcé il faut au doigt et à l'œil autant d'habitude que de délicatesse pour juger séparément cette question du diagnostic, à moins que les bords de la solution de continuité, gonflés ou taillés à pic, à moins que l'aire de l'ulcère elle-même tuméfiée n'en indiquent nettement les limites.

Le plus ordinairement le col est gonflé et laisse écouler par son orifice des mucosités glaireuses, transparentes ou blanchâtres, quelquefois comme purulentes et qui présentent en un mot les degrés et les modes du produit de la secrétion de la pituitaire dans le coryza. Ce liquide masque le museau de tanche qu'on est obligé de nettoyer pour en constater l'état. Tels sont en général les caractères locaux de cette affection, les symptômes qui en complètent le tableau sont variables dans leur intensité et dans leur existence même. Nous l'avons déjà dit, quelques femmes s'en aperçoivent à peine : un peu de gêne et d'embarras dans le bassin, un écoulement leucorrhéique léger ou nul qui se teint un peu de sang par les approches conjugales, approches souvent nullement douloureuses. Chez d'autres, les accidents sont plus sérieux : un sentiment de chaleur brûlante, de prurit incommode au fond du vagin, de vives *douleurs de reins*, comme les appellent les malades, c'est-à-dire siégeant vers le sacrum ou un peu plus haut, des douleurs parfois insupportables pendant le coït et un écoulement blanc abondant fortement mêlé de sang après l'acte vénérien.

Il est même de ces ulcérations superficielles qui saignent avec tant de facilité que le contact de l'air, dans une application de speculum, suffit, sans que l'instrument les touche, pour provoquer ce symptôme. C'est une preuve de l'engorgement de la matrice, engorgement dont les antiphlogistiques font justice le plus souvent; mais alors, dit M. Lisfranc, une tumeur variqueuse est à craindre, si elle n'existe déjà.

« Cette affection (la tumeur variqueuse), succède à certaines ulcérations superficielles qui saignent avec une grande facilité ; il y a quelques années, nous vîmes en ville deux femmes chez lesquelles les ulcérations de ce genre laissaient couler beaucoup de sang à chaque application du speculum, quoique le toucher ne fît sentir aucun ramollissement des tissus; je craignis une ulcération plus grave et je proposai la cautérisation, mais cet avis ne fut pas adopté ; appelé de nouveau quelque temps après, je trouvai chez ces deux malades un fungus hématode bien caractérisé, développé dans le col utérin et qui ne tarda pas à les faire succomber.

» Il y a quinze mois, chez une dame des environs de Paris, je reconnus une ulcération offrant ce même caractère de saigner avec facilité ; j'indiquai encore la cautérisation comme le remède nécessaire : le médecin ordinaire de la malade ne crut pas devoir y consentir. Cette même dame est revenue me consulter il y a trois mois : elle porte une tumeur fongueuse du col utérin, dont les suites ne sont que trop aisées à prévoir.

» Dans ces trois cas, la tumeur fongueuse ou variqueuse avait dépassé les limites du col et empiété sur l'insertion supérieure du vagin, circonstance qui rend l'opération impraticable. Toutes les fois donc que de semblables ulcérations s'offrent à nous, notre premier soin, à moins d'une inflammation bien prononcée, est de cautériser pour arrêter les progrès d'une affection aussi grave. » (Lisfranc, *Clinique chirurg.*, t. III, p. 541.)

Dans un mémoire remarquable, M. Mêlier a signalé l'engorgement des ovaires, comme étant la conséquence fréquente des ulcérations du col utérin, surtout celles de sa cavité, de même qu'on voit l'orchite

survenir à la suite d'une uréthrite. D'après M. Mêlier ces ovarites sympathiques ou consécutives guérissent par le seul fait de la cicatrisation des ulcérations. (*Bulletin de l'Acad. royale de Médecine.*)

§ 2 Ulcérations profondes ou ulcères du col de la matrice.

Ces solutions de continuité qui creusent ainsi le col utérin, ne se rencontrent guère à l'extérieur de cet organe, mais presque toujours en dedans du museau de tanche, tantôt et le plus souvent sur la lèvre postérieure, tantôt sur l'antérieure, plus rarement enfin sur les deux ensemble; une variété qui nous a frappé, comme M. Duparcque, c'est que la lésion s'établit aussi et même parfois exclusivement dans les fentes qui s'opèrent au col dans l'accouchement. N'oublions pas que ces ulcères, comme d'ailleurs les ulcérations, peuvent se prolonger dans la cavité du col, assez haut et même jusque dans celle du corps de la matrice; est-il sûr qu'ils ne débutent pas aussi quelquefois par où nous les faisons finir? Il est des cas où la lésion, imperceptible d'abord, ne se découvre que par l'écartement des lèvres du museau de tanche. On conçoit que s'il y a plusieurs éraillures et qu'elles soient toutes ulcérées, ces sillons et les mamelons qui les séparent donnent au mal un faux aspect cancéreux.

Il semblerait que ces ulcères considérables devraient plutôt s'accompagner d'écoulements leucorrhéiques abondants, que les simples érosions et cependant, selon M. Duparcque, c'est le contraire qui est vrai. Ces lésions profondes saignent-elles plus largement que les superficielles? Nous n'hésitons pas à répondre par l'affirmative, car nous l'avons vu souvent, nous avons observé des femmes atteintes de ces ulcères être toujours dans le sang suivant leur expression, et cependant, ce liquide ne suintait que de la surface ulcérée, comme nous nous en sommes maintes fois assuré. On rencontre des exemples multipliés de ce cas, à la maison royale de santé, chez ces filles qui ne sont pas tout à fait publiques, et qui ont reçu dans ces derniers temps une nouvelle dénomination; en général, cette sorte de métrorrhagie paraît être l'apanage des femmes, qui abusent des plaisirs.

Diagnostic des ulcérations du col de la matrice. — Il se trouve implicitement renfermé dans la description des symptômes. Il présente des difficultés sérieuses, dans le cas où l'ulcère très-profond, très-saignant et comme fongueux, aurait quelques points de ressemblance avec l'ulcère cancéreux. Outre les données que fourniraient les antécédents et la marche différente des deux affections, on trouve que dans le cancer, le tissu du col est beaucoup plus mou ou beaucoup plus dur que dans l'ulcère bénin. Il est plus facilement saignant, d'un aspect plus livide, sécrétant une humeur d'un plus mauvais aspect et plus infecte; les élancements y sont plus fréquents et plus prononcés; enfin, comme il ne pourrait y avoir de doute que lorsque les progrès du mal ne sont pas rapides, on essayera le traitement de l'ulcération, et ce sera là une pierre de touche. L'ulcération simple pourra certainement rester très-longtemps sans être complétement guérie, mais elle sera souvent promptement améliorée par un traitement méthodique, ce qui n'arrivera pas à l'ulcération cancéreuse.

Voici un cas où l'aspect et les caractères physiques de l'ulcération pouvaient inspirer des craintes sur sa nature et dont le traitement a démontré la simplicité. L'observation appartient à M. Lisfranc (t. III, page 563); nous en donnons l'analyse exacte.

Obs. 1. Une femme âgée de vingt-huit ans, d'une constitution lymphatique et n'offrant d'ailleurs aucune trace de scrofules n'avait pas eu d'enfant. Le col utérin qui avait augmenté de volume portait des ulcérations profondes accompagnées de douleurs lancinantes; ces ulcérations pénétraient dans l'extrémité inférieure de la matrice à une hauteur impossible à préciser, à cause de l'étroitesse constante de l'orifice du museau de tanche; la solution de continuité sous laquelle le tissu de l'organe était ramolli peut-être par l'état carcinomateux, peut-être aussi par l'hypertrophie simple, s'étendait à l'extérieur jusqu'à la partie inférieure de l'insertion utérine du vagin, dont on pouvait craindre l'envahissement dans une assez grande étendue; la surface de l'ulcère était d'ail-

leurs grisâtre, et ses bords durs et un peu renversés; le corps de l'utérus avait au moins doublé de volume : écoulement blanc et quelquefois rosé très-abondant, maigreur, pâleur, bouffissure de la face, symptômes de gastrite, de gastro-entérite; constipation opiniâtre, état normal du système nerveux; je signale, dit M. Lisfranc, cette dernière circonstance excessivement rare, lorsque les phénomènes morbides précédents existent, l'imagination est très-calme; anomalies menstruelles; les souffrances sont augmentées pendant les règles, ainsi que quelques jours avant et plusieurs jours après.

On prescrivit: repos absolu dans la position horizontale; de deux jours l'un un bain entier à l'eau de son; trois fois par jour des injections avec de l'eau de guimauve et de pavot presque froide; tous les matins un lavement simple presque froid; une saignée de quatre-vingt-dix grammes après chaque époque et au milieu de leur intervalle, tisane de saponaire sucrée; tous les jours une pilule de cinq centigrammes de poudre de ciguë; tous les soirs et souvent le matin, un quart de lavement presque froid avec six à huit gouttes de laudanum de Sydenham, dont on augmentera la quantité suivant les indications; aliments doux.

La subinflammation calmée, l'ulcère fut touché avec le nitrate acide de mercure; on aurait cautérisé sur-le-champ si la solution de continuité avait fait des progrès; la cautérisation fut légère, afin de modifier la vitalité des tissus, plutôt que de les désorganiser.

Second mois : diminution des douleurs et du volume du col utérin dont l'ulcère se déterge; d'ailleurs même état et même traitement.

Troisième mois: la pâleur, l'espèce de bouffissure de la face, s'amendent ainsi que l'écoulement blanc qui perd sa teinte rosée; les règles exemptes de douleurs durent plus longtemps, sans doute parce qu'elle sont peu abondantes et rémittentes; la santé générale s'améliore, l'appétit revient; l'ulcération a pris définitivement un bon aspect : même traitement.

Quatrième mois : iodure de potassium à l'intérieur; le col de la matrice a encore diminué de volume; la cicatrisation commence.

Cinquième mois: une métrorrhagie violente succède aux règles; douleurs très-vives dans le bassin; la vie est en danger. Saignée de quatre-vingt-dix grammes; repos le plus absolu; on administre à l'intérieur tantôt du sulfate d'alumine en pilules, tantôt une potion contenant de l'extrait de ratanhia; la femme prend trois fois par jour un bain sinapisé très-chaud d'avant-bras et de mains; irrigations dans le vagin avec la décoction de tan : pour tout aliment trois ou quatre tasses de bouillon froid : la ménorrhagie cesse au bout de deux jours, mais la malade souffre davantage : on répète la saignée et l'on continue les autres moyens; le pouls redevient normal, la chaleur excessive de la peau se dissipe; les douleurs disparaissent presque entièrement; à l'aide du speculum et du toucher on s'assure que l'ulcération et l'engorgement de l'utérus sont dans le même état : on revient au même traitement qu'avant la perte et l'on pratique la cautérisation.

Sixième mois: le lendemain de la fin de l'époque, une saignée; même traitement : cautérisation tous les huit jours; menstruation normale, presque plus d'écoulement ni de douleur; les fonctions du canal intestinal se rétablissent; le teint est bon, l'embonpoint renaît; la cicatrisation de l'ulcère commence et fait d'assez rapides progrès.

Septième mois : les deux tiers de l'ulcération sont cicatrisés: même état, même traitement.

Huitième et neuvième mois: pas de changement.

Dixième et onzième mois : on cesse la cautérisation et l'administration de l'iodure de potassium à l'intérieur; plus de douleurs; on pratique tous les soirs sur les aines des frictions avec la pommade d'iodure de plomb; l'alimentation est tonique; la matrice a repris son volume normal; l'ulcération est cicatrisée; la santé générale excellente et conséquemment la guérison parfaite (*Cliniq. chirurg.*).

Pronostic des ulcérations et des ulcères du col de la matrice. — Le pronostic de ces lésions se compose de trois éléments; des accidents de leur période d'état,

de leur durée, et enfin, de leur terminaison.

Quant aux accidents réels de la maladie, nous avons vu qu'ils sont généralement assez légers, et qu'ils n'ont qu'une influence nulle ou médiocre sur la santé; c'est un point sur lequel les auteurs sont unanimes; pour la durée de l'affection, c'est encore le même accord, elle est d'une longueur désespérante, de deux à quatre mois, selon M. Gibert; mais nous le disons pour l'avoir observé dans les hôpitaux et ailleurs, il n'est pas rare de voir la maladie résistant au traitement le plus convenable, se prolonger six mois, un an, et davantage. La terminaison ordinaire de ces solutions de continuité, c'est la cicatrisation; quelques chirurgiens craignent, dans ces cas, la dégénérescence cancéreuse. Nous ne prétendons point que ce fâcheux résultat soit sans exemple; puisque le cancer frappe bien un tissu sain, il serait étrange que l'ulcération du col fût un préservatif qui le fît respecter. Mais que ces ulcérations aient une véritable tendance à devenir le siége du carcinome, c'est ce que l'expérience clinique ne semble point enseigner. Nous avons observé cette maladie bien des fois, et jamais nous n'avons rencontré cette terminaison funeste. C'est d'ailleurs l'opinion des hommes qui se sont occupés avec le plus de succès de la pathologie utérine, MM. Vidal de Cassis, Duparcque, Gibert, Mêlier, etc. Le plus grand nombre des ulcérations idiopathiques du col de la matrice et même de sa cavité, soit qu'elles se présentent sous forme d'ulcères plus ou moins profonds, soit qu'elles ne consistent qu'en des érosions superficielles, la plupart de ces affections, disent-ils, se guérissent d'elles-mêmes et sous la seule influence des moyens directs émollients.

Appréciation de la valeur relative et des rapports de génération des diverses lésions locales qui peuvent coïncider avec les ulcérations simples du col utérin. — Avant d'aborder le traitement d'une maladie souvent complexe, il est important de connaître la valeur des éléments qui la composent, et leur influence réciproque. Un ancien interne de Lourcine vient d'étudier à ce point de vue le sujet qui nous occupe, et s'il n'a pas complétement décidé la question, il l'a très-nettement posée, et en a heureusement préparé la solution. M. Gosselin (*Archives générales de médecine*, juin 1843), accorde ici au catarrhe utérin, une prédominance que la plupart des auteurs avaient d'avance contestée. A chaque pas en effet, ils répètent (Lisfranc, Duparcque, Mêlier, etc.,) que tantôt le catarrhe, tantôt l'engorgement du tissu du col, tantôt les ulcérations sont la lésion principale. En général, même ce qui frappait le plus leur attention, ce sont les solutions de continuité, le reste n'étant regardé le plus souvent que comme secondaire.

M. Gosselin en retournant la proposition, a peut-être donné dans l'excès contraire à celui qu'il combat. Du reste, comme il s'agit d'une difficulté pratique, et que le travail est d'un homme qui a observé, nous ne saurions mieux faire que d'en consigner ici un extrait presque textuel qui sera d'ailleurs une sorte de résumé, un coup d'œil d'ensemble jeté sur ce qui précède.

Ulcérations simples du col de l'utérus. « Les cas d'ulcération simple du col de l'utérus, c'est-à-dire sans engorgement ni catarrhe concomittant, sont rares; on ne les observe guère que dans le cours de la vaginite. Si l'on introduit le speculum, on trouve alors que les deux lèvres du museau de tanche ne sont ni gonflées ni hypertrophiées; son orifice ne laisse rien échapper, ou seulement un peu de mucosité transparente. Sa surface baignée et comme macérée dans le produit de la sécrétion vaginale, est excoriée dans une étendue plus ou moins considérable, mais qui n'est jamais très-grande, puisque le col a conservé son volume normal. L'ulcération est rouge, quelquefois granuleuse; au toucher, le col présente sa souplesse naturelle, et sa pression est peu douloureuse. Du reste, les malades ne se plaignent d'aucune autre douleur que de celles d'ailleurs peu vives de la vaginite (dans le plus grand nombre des cas), elles n'accusent rien qui indique une maladie de l'utérus.

» Je possède, dit l'auteur, six observations dans lesquelles l'ulcération s'est ainsi développée, et a disparu en quelque sorte

sous mes yeux, sans qu'un seul instant il y ait eu ni gonflement du col, ni catarrhe utérin, et dans aucun cas les malades n'ont accusé ni fièvre ni douleurs à l'hypogastre et aux régions lombaires, ni tous les symptômes que nous verrons accompagner habituellement les divers états pathologiques de l'utérus. Dans tous les cas, l'ulcération a disparu dans l'espace de trois à six semaines, à mesure que la vaginite elle-même disparaissait, ou seulement diminuait.

» Voilà donc un premier ordre de faits bien tranchés dans lesquels l'ulcération du col existant sans engorgement et sans catarrhe, ne donne lieu à aucun accident et dans lesquels elle n'a par conséquent qu'une valeur bien secondaire ; et qu'on ne croie pas ces ulcérations simples beaucoup plus fréquentes que je ne l'indique en ce moment : On sait en effet que lorsqu'on examine au spéculum une ulcération du col, on est obligé pour la mettre bien complétement à découvert, d'enlever avec un tampon de charpie une quantité plus ou moins grande de mucosités, auxquelles on ne fait aucune attention ; elles indiquent cependant qu'il y a une inflammation de la surface interne de l'utérus (catarrhe).

» 2° *Catarrhe utérin avec engorgement.* Il arrive souvent qu'en même temps que le catarrhe utérin, il se montre un gonflement du col, que l'on constate à l'aide du speculum, ou du corps même de l'utérus, que l'on constate par le toucher. Tantôt alors les deux lèvres du museau de tanche sont hypertrophiées, tantôt l'une des deux seulement, et plus souvent la postérieure. On peut dire que dans ces cas, la métrite chronique est déjà plus complexe, et qu'elle envahit parfois la muqueuse et le tissu même de l'utérus. Mais les accidents ne sont pas plus intenses que dans le catarrhe utérin simple, et je suis porté à penser que la présence de l'engorgement contribue peu à agraver la maladie. Peut-il y avoir des engorgements inflammatoires du col ou du corps de l'utérus, sans catarrhe utérin? Je ne le pense pas, ou je ne crois guère que la substance de l'utérus puisse s'enflammer sous l'influence de quelque cause que ce soit, sans que cette cause agisse en même temps, sinon plus tôt, sur la surface interne

» 3° *Catarrhe utérin avec ulcération du col.* J'arrive actuellement à la partie la plus importante de ce travail, celle dans laquelle j'ai à rechercher le rôle de l'ulcération dans les cas de catarrhe avec ulcération et engorgement ; ces cas sont incomparablement plus fréquents que les deux autres ; on les désigne généralement sous le nom d'*ulcérations du col*, parce qu'on tient peu compte de l'écoulement mucoso-purulent qui les accompagne, et qu'on s'occupe exclusivement de l'état extérieur du col, mais c'est toujours la phlogose de la membrane interne de l'utérus, qui est la partie dominante de la maladie. » (Gosselin, *loc. cit.*)

Après avoir posé ce fait, que cette métrite chronique complexe ne survient presque jamais qu'après la parturition, l'auteur en a décrit ainsi les symptômes et la marche.

Quelque temps après un accouchement ou une fausse-couche, l'affection s'annonce par des douleurs dans les reins et dans les aines, et par un écoulement blanchâtre que les femmes appellent, dit-il, *flueurs* blanches. Ces accidents sont peu intenses (à moins qu'il ne survienne d'abord une métrite aiguë à laquelle succède la métrite chronique). Les règles ne se rétablissent pas ou ne se rétablissent qu'imparfaitement..... La santé générale se dérange et le chirurgien consulté constate à l'aide du speculum, une ulcération sur le museau de tanche, un gonflement notable du col, dont l'orifice, toujours assez large, laisse échapper un flocon ou une nappe de matières visqueuses. Ce liquide baigne ordinairement la lèvre postérieure, en sorte qu'on est obligé de la démasquer en l'essuyant avec de la charpie. Le toucher n'est presque pas douloureux, ce qui confirme M. Gosselin dans l'idée que l'ulcération est peu importante. Voici la marche que lui paraît suivre la maladie : phlogose de la membrane interne de la matrice, expulsion d'une matière blanchâtre visqueuse ; propagation de l'irritation au tissu du col et peut-être à celui du corps, et enfin ulcération. Tout cela se succède dans un espace de temps extrêmement variable

mais qui peut être très-long, et l'on conçoit dès lors qu'il est difficile à un observateur de suivre toutes les phases de l'affection. « Cependant, ajoute l'auteur, j'ai eu une fois l'occasion de constater cette marche chez une jeune fille de 17 ans qui, atteinte d'une hémorrhagie, fit à l'hôpital de Lourcine en 1836, une fausse couche à trois mois; elle n'eut pas de métrite aiguë; la blennorrhagie disparut; mais la malade sortit de l'hôpital conservant un catarrhe utérin bien prononcé avec peu de douleur; elle cessa de se soigner, retomba dans les excès auxquels elle devait son mal : je la revis six mois plus tard, et l'ayant examinée au speculum, je constatai le catarrhe utérin existant toujours, et de plus un gonflement notable du museau de tanche. Sept mois plus tard, je trouvai une ulcération sur les deux lèvres du museau de tanche, le catarrhe utérin n'ayant toujours pas cessé. » (*Ibid.*)

« Mais comment se forme l'ulcération? c'est là le point intéressant qu'il ne nous a pas été donné de bien connaître, car le mal est trop profondément caché : quelquefois il apparaît à la surface du col déjà gonflé de petits points rouges, espèces de papules, lesquels s'agrandissent, se réunissent les uns aux autres et donnent ainsi lieu à une surface plus ou moins largement ulcérée. D'autres fois, j'ai vu que l'ulcération avait commencé par un point et allait en s'agrandissant du centre à la circonférence.

» En résumé : 1° Les causes qui produisent la métrite chronique avec ulcération tendent nécessairement à amener d'abord la phlogose de la surface interne de la matrice; 2° dans le cours de la maladie, cette phlogose se traduisant par le catarrhe utérin, ne cesse pas d'exister et à elle seule peuvent être rapportés tous les accidents qu'on observe, puisque nous avons vu ces accidents survenir quand le catarrhe existait seul, et ne pas survenir, au contraire, quand l'ulcération existait seule, c'est-à-dire sans catarrhe. Des précautions hygiéniques, des injections adoucissantes et calmantes, succèdent enfin aux injections astringentes et toniques. » (Duparcque, t. I, p. 390.)

Traitement des ulcérations simples du col de la matrice.

1° *Injections. — Bains du col.* Si l'ulcération est d'un rouge vif, accompagnée de la turgescence du col ou du catarrhe de la cavité utérine; si le museau de tanche est très-sensible, s'il y a des douleurs marquées dans la région lombaire et dans les aines, enfin s'il existe un certain nombre ou un ensemble de phénomènes qui indiquent la phlogose, on débute par une évacuation sanguine proportionnée à la force du sujet et à l'intensité de l'inflammation. On prescrit un régime rafraîchissant, un exercice modéré, le repos de l'organe malade, des injections émollientes presque froides. M. Mêlier repousse ces injections, parce que, dit-il, elles n'arrivent pas jusqu'au mal qu'elles sont destinées à guérir; on l'a constaté en plaçant sur le museau de tanche un tampon de charpie qui n'a pas été mouillé par le liquide coloré de l'injection. L'injection avait-elle été convenablement pratiquée? C'est douteux : le contraire est présumable, car l'expérience a prouvé que mieux faites, elles ont eu un meilleur résultat. Voici comment on doit y procéder : La seringue étant armée d'une grosse canule recourbée et terminée par une olive, la malade est couchée sur le dos, et de manière que le bassin soit très-élevé; elle introduit la canule et la fait pénétrer assez profondément dans le vagin et elle appuie avec une certaine force sur le piston, en sorte que l'olive, qui touche presque au col, l'arrose infailliblement et le liquide, que la pesanteur retient au fond du vagin, moins déclive que son orifice, baigne le museau de tanche aussi longtemps qu'on le désire. Nous avons eu souvent recours à cette pratique et nous n'avons eu qu'à nous en louer.

Obs. 2. « Une femme âgée de trente-deux ans, a eu deux enfants dont le dernier a quatre ans. Elle est parfaitement menstruée, mais elle appréhende les approches de son mari parce qu'elles occasionnent des douleurs dans les parties profondes de la génération. La matière des flueurs blanches, dont elle est modérément affectée, se teint ordinairement en rouge à la suite de ces approches.

» La lèvre antérieure du museau de tanche me paraît plus tuméfiée que la postérieure, mais sans dureté cependant. Le centre de cette tuméfaction paraissait moins lisse que le reste, dans l'étendue de la pulpe du doigt; la circonférence était marquée par une sorte de vive arête peu saillante. Le toucher produisit une douleur assez forte qui se prolongea dans la partie affectée, et ce doigt entraîna un peu de mucosité sanguinolente. Je soupçonnais sans en être bien certain une ulcération. Le speculum me fournit le moyen de fortifier mon diagnostic; je vis au milieu de la lèvre antérieure, qui était rouge et un peu tuméfiée, une légère dépression assez régulièrement circulaire, dont le centre était à vif comme si l'on eût enlevé une couche mince de l'organe.

» Le soir les règles parurent et firent surseoir à la saignée que j'avais conseillée pour le lendemain. L'écoulement de sang dura quatre jours comme de coutume. A l'examen des parties, deux jours après, je les trouvai dans le même état avec un peu plus de tuméfaction. Saignée, bains tièdes prolongés, injections fréquentes d'une décoction de racine de guimauve et de tête de pavot, lavements, demi-diète et repos.

» Huit jours après la tuméfaction n'existait plus, l'ulcération était réduite au diamètre d'une ligne environ et ressemblait assez à un de ces aphthes qui se montrent dans la bouche et dont la pellicule a été enlevée; les douleurs avaient complétement disparu. Cette dame continua encore quelque temps les mêmes moyens, puis les abandonna. Deux ans après elle eut un troisième enfant, et je ne sache pas que sa santé ait été dérangée en aucune manière. » (Duparcque, *Traité des maladies de la matrice*, t. I, p. 376.)

Bien que nous ne prétendions pas que les injections aient toujours un succès aussi certain et surtout aussi prompt, cet exemple n'en parle pas moins en leur faveur.

Nous sommes aussi partisans, dans certains cas, des bains immédiats du col de l'utérus, que nous allons décrire en citant textuellement les paroles de M. Mêlier, qui les emploie et préconise avec l'assurance que donne le succès :

..... « Rien n'est plus simple, il suffit pour les administrer, le speculum étant introduit et le col embrassé par l'orifice de cet instrument, de relever un peu le bassin. Le liquide que l'on verse alors dans le speculum le remplit et y séjourne sans qu'il soit besoin, pour le retenir, d'exercer la moindre pression sur le fond du vagin.

» Si une simple injection, qui le plus souvent, comme je l'ai dit et m'en suis assuré, n'arrive pas jusqu'au col, si des lotions sont utiles, on conçoit à plus forte raison tous les avantages du contact prolongé de l'eau. Ce n'est pas seulement sur le col qu'agit ce bain immédiat : son action s'étend encore nécessairement à l'utérus et doit le modifier. Je réitère ce bain du col plus ou moins souvent, quelquefois tous les jours, et le prolonge suivant les cas pendant un quart-d'heure, vingt minutes, une demi-heure, ayant soin, si je le crois nécessaire, de renouveler le liquide. On le fait écouler en inclinant le speculum, ou bien en le retirant un peu afin que l'eau puisse passer entre le tube et les parois du vagin. L'utilité de ces bains me paraît incontestable, et je ne crois pas me tromper en leur attribuant une bonne part dans la guérison de quelques-unes des malades que j'ai traitées.

» Il arrive souvent que la maladie ne s'est pas bornée au col de l'utérus et que le vagin y participe; plus communément même que l'on ne pense, elle a commencé par ce canal. Il faut alors baigner le vagin en même temps que le col. Je me sers, à cet effet, d'un speculum à jour, criblé d'un grand nombre de trous qui permettent au liquide d'agir immédiatement sur les parois vaginales. Ce speculum, en étain ou en tout autre métal, et construit comme les autres, s'introduit de la même manière à la faveur du mandrin, et presque aussi facilement. J'observe que les trous du diamètre de deux lignes environ ne doivent être pratiqués que dans les deux tiers environ de la longueur de l'instrument, l'autre tiers restant sans trous. Outre qu'il suffit de baigner le vagin dans la partie profonde, si les trous se continuaient dans toute la longueur de l'instrument, les caroncules myrtiformes s'y enga-

geraient comme autant de clous et y seraient pour ainsi dire étranglées. On peut employer au même usage un speculum largement fenêtré, mais il ne soutient pas aussi bien les parois vaginales qui viennent former de gros bourrelets saillants dans les ouvertures de l'instrument. Un speculum fenêtré est en outre plus difficile à retirer à cause de ces bourrelets. » (Mêlier, *Mémoires de l'Académie royale de Médecine*, t. II, p. 343.)

M. Vidal, de Cassis, à qui un service à Lourcine a permis d'observer un grand nombre de ces maladies, les attaque aussi par des médicaments liquides, en ne suivant ni la méthode des injections ordinaires ni celle des bains locaux de M. Mêlier, mais en combinant les deux procédés il en fait un qui lui appartient; il a réuni l'emploi du speculum aux injections. Laissons parler un de ses élèves sous son inspiration: « ...Le liquide est une décoction très-concentrée de feuilles de noyer, à la température de la salle, quelle que soit la saison. L'instrument est une grosse seringue à lavement. Le speculum à deux valves est appliqué; il saisit et découvre bien le col de l'utérus; c'est sur ce col que le jet est lancé de toute la force de l'aide qui pousse le piston. Immédiatement après, on place sur le col de la matrice un fort tampon de charpie; je remplace maintenant la charpie par le coton.

» Un pareil liquide ainsi injecté exerce une espèce de compression sur le col et abaisse sa température; il doit agir aussi par ses qualités astringentes. Aussi observe-t-on des phénomènes curieux. Ainsi on voit le col pâlir et s'amoindrir; il éprouve une espèce de retrait. Ce phénomène ne se produit pas toujours, surtout pour ce qui a trait à la pâleur. Quelquefois, au contraire, j'ai vu la coloration se prononcer davantage au moment de l'injection. Il est arrivé aussi qu'une matrice débarrassée des mucosités qui pendaient à son col avant l'injection, a rejeté, au moment où le liquide l'a frappée, de nouvelles mucosités, ce qui prouverait encore le retrait dont j'ai parlé, et peut-être même une espèce de contraction de la matrice. C'est M. Chaillet, ancien interne de mon service, qui a le premier observé et signalé ce phénomène (*Gazette des médecins praticiens*, 9 février 1840).

» Presque jamais la femme ainsi injectée n'éprouve de douleur au moment de l'injection. De retour à son lit, quelquefois les coliques se déclarent : ce sont des douleurs qui portent surtout à l'hypogastre et vers les régions iliaques. J'ai souvent observé ces coliques au moment où la guérison commençait à s'opérer ; au lieu de m'en inquiéter, j'en tirais un bon augure... Ces injections intra-vaginales ont souvent hâté d'une manière très-marquée la guérison de certains engorgements anciens, et procuré en très-peu de temps la cicatrisation des ulcérations les plus rebelles. Dans l'article déjà cité de M. Chaillet, il est question d'une femme d'une quarantaine d'années qui avait au col utérin une ulcération granulée de huit à dix lignes de diamètre en tous sens; deux ou trois injections en réduisirent les dimensions à moitié. La cure la plus curieuse par ces injections est celle d'une malade qui avait un chancre assez étendu et profond sur le col utérin (ce qui est rare), après quatre injections le chancre avait complétement disparu. Ces injections ont d'ailleurs un avantage que personne ne contestera : elles débarrassent le vagin et le col des mucosités, des humeurs plus ou moins irritantes, lesquelles ont plus d'influence qu'on ne pense dans la persistance, et même dans la production de certaines ulcérations. Le tampon de charpie appliqué sur le col l'empêche d'être en contact avec le vagin, ce qui est une circonstance favorable à la cicatrisation. D'ailleurs, le jet liquide détermine une compression instantanée, qui est un moyen de résolution de tout engorgement.

» Ces injections sont faites deux fois par semaine. On les suspend pendant les règles, et même deux jours avant et deux jours après. On ne les fait pas pendant la grossesse ; elles ne sont commencées que quatre mois après l'accouchement ou un avortement. Quand le col est très-rouge, turgescent, des sangsues sont appliquées à l'anus. Des bains de siége, des bains entiers complètent le traitement. » (Vidal de Cassis, *Traité de pathologie externe*, t. V, p. 801.)

Ces injections, poussées avec force sur le museau de tanche, sont, en quelque sorte, le commencement des injections intra-utérines proposées par M. Mélier et remises en honneur par M. Vidal. Le jet de liquide, dardé sur l'orifice utérin, en écarte un peu les lèvres et y pénètre plus ou moins en le dilatant; c'est là un avantage d'une grande portée dans les cas où l'ulcération, cachée dans la cavité du col, et aussi dans celle du corps, se dérobe à l'action des médicaments, même liquides, administrés suivant l'usage habituel.

En effet, le moindre flocon albumineux, une goutte de mucosité adhérente au museau de tanche, n'est-ce pas une digue infranchissable aux bains locaux et même aux injections ordinaires dont on ne saurait préciser la direction, tandis que, dans la méthode de M. Vidal, le jet de liquide lancé à air libre entre les valves du speculum, est exactement pointé sur le museau de tanche qu'il mouille avec la plus grande facilité en pénétrant dans son intérieur.

Quand il y a de l'inflammation, on rend d'abord les injections émollientes, et souvent même elles suffisent, avec une hygiène convenable, à enlever complétement le mal. Lorsque, au contraire, la phlogose seule a disparu et que l'ulcération persiste, ou lorsqu'elle a été atonique d'emblée, en même temps qu'on prescrit un régime fortifiant, on donne au liquide des propriétés astringentes, en y faisant dissoudre du chlorure de chaux, du sous-acétate de plomb, du sulfate de zinc ou de cuivre, ou d'alumine. La décoction de quinquina, de noix de galle et principalement la teinture alcoolique de cette dernière substance servent aussi à en composer de semblables. Nous avons vu M. Lenoir, à la Pitié, obtenir de très-beaux résultats de la décoction de noix de galle; ce chirurgien ne l'employait guère que lorsque les autres injections avaient échoué, et les femmes les pratiquaient elles-mêmes par le procédé ordinaire. Faites avec le speculum plein et dardées avec force dans le centre du museau de tanche, à la manière de M. Vidal, on pourrait les rendre caustiques avec le nitrate d'argent. En tenant l'extrémité vulvaire de l'instrument plus déclive que celle qui embrasse exactement le col, le liquide, en obéissant à la pente naturelle, refluerait au dehors sans avoir touché autre chose que le museau de tanche, sans avoir glissé entre le tube métallique et le vagin, puisque le col est parfaitement serré à sa base. L'injection caustique terminée, on pousse d'ailleurs à grande eau une injection de lavage qui, en même temps qu'elle balaye le vagin, empêche le séjour trop prolongé de la dissolution saline sur le mal. Dans les cas où l'ulcération se cache à la face interne du museau de tanche, surtout si, comme il arrive fréquemment, elle se complique de catarrhe utérin, nous ne connaissons rien de plus efficace que ces injections. Pour se rassurer contre les craintes qu'elles feraient naître dans les esprits timides, il suffit de savoir le degré de concentration de celles que M. Vidal pousse directement jusque dans la cavité utérine.... « Je jette alors dans un tiers de verre d'eau le fragment de nitrate d'argent que contient mon porte-caustique ; il est bientôt dissous, et j'en charge la seringue. » (*Ibid.*, p. 804.)

2° *Topiques à demeure sur le col utérin.* Déjà Bayle, à l'article *Cancer*, du *Dictionnaire des sciences médicales*, avait parlé de l'application immédiate des topiques sur le col utérin; Chaussier et, depuis lui, beaucoup d'accoucheurs, y avaient porté la belladone dans les cas où la dilatation se faisait trop attendre; Dupuytren, après avoir cautérisé le museau de tanche, introduisait des bourdonnets de charpie dans le haut du vagin; M. Guillon employait les cataplasmes liquides dans le même conduit, etc. Mais personne n'avait généralisé la méthode de traiter le col utérin comme un organe externe. C'est à M. Mélier qu'appartient cet honneur. D'où lui en vint l'idée? Voici comment il le raconte lui-même; nous rapportons son observation qui, outre qu'elle trouve naturellement sa place ici, sera un exemple anticipé d'une autre affection du col, qui sera étudiée plus loin.

Obs. 3. « Je donnais des soins à une malheureuse femme atteinte d'un cancer avancé du col de l'utérus; les douleurs qu'elle éprouvait étaient atroces, et rien ne pouvait les calmer; les injections narcoti-

ques, les bains de même nature, les lavements opiacés, l'opium à l'extérieur, tous les calmants possibles avaient été épuisés; les doses élevées auxquelles j'étais arrivé, produisaient le narcotisme plutôt que du repos et un soulagement véritable. Je renonçai à leur usage pour essayer l'application immédiate d'un cérat faiblement opiacé, étendu sur un petit gâteau de charpie. Je savais que M. Desruelles avait eu à se louer de l'emploi de l'opium dans le cancer de la verge. Je pensai qu'immédiatement appliqué sur le col ulcéré, il le modifierait peut-être avantageusement. Dès le premier jour, la malade fut soulagée d'une manière surprenante; elle eut du repos et du sommeil dont elle était privée depuis longtemps. Je m'assujettis dès lors à la panser moi-même tous les jours, ayant soin, à chaque pansement, de baigner le col et de l'absterger. S'il m'arrivait de passer un seul jour sans faire ce pansement, toutes les douleurs revenaient. L'ulcère prit bientôt un meilleur aspect; le pus ou plutôt cette sanie âcre et ichoreuse qui s'en écoulait, devint moins abondante; absorbée dans la charpie et s'imbibant dans le plumasseau, elle cessa d'irriter par son contact les parois du vagin et les bords de la vulve; la malade, soulagée au delà de ses espérances, reprit des forces pendant quelque temps; elle put se faire illusion sur son véritable état, et croire à sa guérison; et moi-même je n'en aurais peut-être pas désespéré totalement, si la maladie eût été bornée au col de l'utérus. C'est cette observation qui m'a servi de point de départ pour les pansements journaliers du col.

» Mon attention fut singulièrement éveillée par ce fait, et appréciant de suite les avantages que l'on pourrait retirer de l'application, chaque jour répétée, de topiques divers sur le col de l'utérus, non-seulement en pareil cas, mais encore dans beaucoup d'autres, je songeai à en étendre l'usage. J'ai traité ainsi plusieurs malades, ayant soin d'approprier les médicaments à la nature de la maladie, et de les varier suivant les indications, employant tantôt de simples émollients, d'autres fois des résolutifs ou des moyens spéciaux; le cérat de Galien, ou une pommade avec l'extrait de ciguë, de l'onguent mercuriel, etc. J'ai la certitude d'avoir hâté de la sorte la guérison de maladies qui auraient résisté longtemps à des moyens moins directs. Combinée avec les bains du col, cette méthode, qui n'exclut nullement les moyens généraux ou éloignés me paraît offrir des avantages réels, et, si je ne m'abuse, elle doit rendre des services. » (Mêlier, *Mémoires de l'Académie royale de médecine*, t. II, p. 345.)

Bon nombre de médecins sont entrés dans la voie ouverte par M. Mêlier. M. Philippe Boyer fait, sur le col utérin, des pansements quotidiens avec des bourdonnets de charpie imprégnée de poudre ou de dissolution d'alun. M. Blaud, de Beaucaire, emploie au même usage un liniment et une pommade dont la suie de cheminée forme la base. Voici la formule de sa pommade : Suie et axonge : de chaque, partie égale; ou encore battre six onces de blanc d'œuf avec deux onces de suie.

Voici comment M. Duparcque apprécie ces pansements fixes et réguliers des lésions du col utérin : « Cette méthode excellente dans les ulcères graves ou compliqués, m'a paru au moins inutile quand ils présentent un caractère de bénignité et de simplicité. En effet, les fatigues, les collisions inséparables de l'application du speculum, etc., peuvent, en irritant les organes, empêcher ou détruire les bons effets que pourraient promettre les applications permanentes; en outre le contact des produits sécrétés, retenus par ces moyens, peut exercer une fâcheuse influence sur l'état des parois. Je préfère les injections répétées.» (*Ibid.*, t. II, p. 381.) M. Lisfranc n'est pas d'un autre avis.

« On a conseillé, dit-il, d'introduire et de laisser à demeure, dans le canal utéro-vulvaire, de la charpie imprégnée, ou bien enduite de substances médicamenteuses, *toniques*, *excitantes*, *astringentes*, *cicatrisantes;* ce moyen a été singulièrement vanté; je l'ai longtemps mis en usage chez un très-grand nombre de femmes couchées à l'hôpital de la Pitié, et chez lesquelles les ulcères n'étaient pas compliqués de sub inflammation, j'ai acquis la conviction

entière qu'il a, en général, le grave inconvénient de produire trop d'irritation, et qu'il devient ordinairement intolérable ; on conçoit aisément, en effet, que sa présence sur la membrane muqueuse vaginale, dont la sensibilité n'a pas été usée par le coït, que les matières de sécrétion dont il s'imbibe, que les médicaments irritants dont il est chargé et qui s'en échappent en plus ou moins grande quantité, doivent beaucoup exciter le vagin et l'extrémité inférieure de l'utérus. » (*Clinique chirurgicale de la Pitié*, t. III, p. 578.) Le jugement du célèbre chirurgien nous paraît un peu sévère ; nous n'avons jamais vu que les bourdonnets de charpie, laissés dans le vagin, produisissent une gêne insupportable ou même notable ; mais nous devons répéter, dans notre impartialité et au point de vue purement scientifique et pratique où nous nous tenons toujours, nous devons répéter que ces pansements fréquents fatiguent les malades et n'amènent que lentement la guérison, qu'ils la retardent peut-être.

3° *Tamponnement du vagin.* Travaillant sur une idée qui lui appartient, Hourmann, à qui ses expériences *cadavériques* avaient d'ailleurs inspiré des craintes sur les dangers des injections intra-utérines, s'affermit dans la conviction que les lésions des organes sexuels chez la femme, sont entretenues et aggravées par le contact des surfaces et l'immersion forcée des parties malades dans les produits de leurs sécrétions. Son but devait être d'obtenir l'isolement et l'abstersion continue des parties. Il ne trouva pas pour l'atteindre de meilleur moyen que le tamponnement, c'était même à peu près la seule manière de remplir cette double vue. Restait à choisir la substance la plus convenable à la confection du tampon, et le procédé pour l'introduire et le fixer. Comme Hourmann a communiqué à ce sujet ses idées à M. Vidal, nous ne saurions mieux faire que d'extraire du *Traité de pathologie externe*, le passage qui a trait à la question : « La charpie est rejetée par M. Hourmann, à cause de sa grande perméabilité qui fait qu'elle s'affaisse promptement, d'où il résulte que les parties auxquelles on l'interpose, ne sont que momentanément écartées. Le coton cardé réunit, au contraire, toutes les conditions voulues ; sa souplesse et son élasticité le rendent très-propre à opérer une dilatation soutenue et ménagée ; d'autre part, ses villosités soutirent incessamment les humidités qui l'entourent et les retiennent sur sa surface, le centre restant sec. La charpie imprégnée d'humeur dans toute sa masse, devient un filtre qui les dépose de tous côtés, tandis que le coton s'en imbibe et les garde.

» Le speculum permet d'apposer facilement les topiques sur le col utérin. Quand les lésions sont bornées à ce point, ce procédé suffit pour opérer un tamponnement aussi prompt qu'exact. Il n'en est pas de même quand elles occupent non la surface du col, mais la cavité. M. Hourmann se sert alors d'une canule qui porte d'emblée le coton à la profondeur qu'il désire. Par le seul tamponnement, M. Hourmann dit avoir souvent obtenu la guérison complète de toutes les variétés d'érosions granulées qu'on voit au col de l'utérus et à son orifice vaginal. Il a réussi, de cette manière encore, à tarir des écoulements provenant de la cavité utérine. Pour cela, ce praticien portait le coton jusque dans cette cavité. Le tampon est fait de manière à pouvoir être retiré à l'aide d'un fil pendant hors la vulve. Jamais on n'a observé le moindre accident dans ce cas. Les femmes n'avaient pas même la conscience de la présence du tampon. Le tamponnement simple ne suffit pas pour amener la guérison. M. Hourmann a recours en même temps aux médications topiques généralement usitées : ainsi l'alun, les caustiques, tels que le nitrate d'argent, le nitrate acide de mercure ; mais le tamponnement n'est jamais abandonné. On voit, dit M. Vidal, que ma pratique ne s'éloigne pas de celle de mon confrère de Lourcine. Il tamponne seulement, tandis que je tamponne après avoir injecté. ..» (Vidal, *loc. cit.*)

Pour apprécier cette méthode, examinons d'abord le principe qui lui sert de base et ensuite les faits cliniques.

Les lésions des surfaces génitales s'entretiennent et s'aggravent par le contact du produit de leur sécrétion : Sur quoi repose cette proposition ? On

a bien écrit, il est même admis que dans l'ophthalmie blennorrhagique c'est le contact du pus qui enflamme et ramollit la cornée ; mais on n'avait jamais songé qu'il fût, pour la conjonctive qui le sécrète, une cause de phlogose, et qu'il tendît à éterniser ainsi sa propre source. Pour revenir à la région qui nous occupe, plusieurs auteurs, MM. Lisfranc, Mêlier, etc., ont bien avancé que les mucosités catarrhales, provenant de la cavité de la matrice, ou la sanie qui s'écoule d'un cancer ulcéré de cet organe, pouvaient par leur contact prolongé produire l'ulcération du museau de tanche et l'irritation du vagin ; mais ces faits, qui sont déjà d'un autre ordre, sont loin d'être acceptés par tous les médecins, et M. Duparcque les combat par des arguments capables d'ébranler plus d'une conviction.... « Souvent il y a catarrhe utérin sans ulcération du col ; souvent aussi il y a ulcération sans sécrétion intra-utérine ; enfin, la non-récidive après la cicatrisation de l'ulcère, nonobstant la persistance du catarrhe utérin et souvent aussi la cessation de tout écoulement, par le seul fait de la guérison de l'ulcération, toutes ces considérations prouvent très-péremptoirement que ces écoulements non-seulement ne sont pas cause, mais sont plus souvent essentiellement la conséquence de ces ulcérations. » (*Ibid.*, t. I, p. 374.) S'il est douteux que les produits des sécrétions morbides de la cavité de la matrice aient de l'influence sur le développement des lésions de son col, croirez-vous que le liquide exhalé par les surfaces malades *entretienne* et *aggrave* leurs lésions? croirez-vous que leur contact mutuel ait le même effet? Mais à ce compte, sans l'emploi de votre méthode, ces affections seraient sans fin. Perpétuellement touchés par les parties voisines et baignés par les humeurs qu'ils versent, les points ulcérés ne guériraient jamais. Et l'on sait que, sans rien changer à ces conditions, dans l'immense majorité des cas, des traitements divers en viennent à bout, que souvent même la nature amènerait seule cette heureuse terminaison.

Il s'en faut donc que la méthode soit assise sur une base solide. En supposant que vous ayez saisi la cause qui entretient ces lésions, voyons si les moyens employés pour les combattre vous mènent au but que vous vous proposez. Il y a une chose que l'on obtient à peu près sûrement avec le tamponnement, c'est l'*isolement* des parties ; mais le contact du liquide avec la surface malade qui le sécrète ? *Il reste*, dites-vous, *à la surface du coton.* — N'est-ce pas dire qu'il demeure en contact avec le mal ? la surface du coton en est imbibée, et elle touche le mal ; c'est le liquide, plus un corps étranger en contact avec l'ulcération.

Il est arrivé plus d'une fois qu'un moyen thérapeutique, essayé d'après une théorie fausse, a bien rempli l'indication à laquelle il était adressé. En a-t-il été ainsi du tamponnement vaginal, destiné à obtenir l'isolement et l'abstersion continue des parties malades? Ce sont les faits cliniques qu'on doit interroger à cet égard. On sait que M. Hourmann a été content de leur réponse ; mais il était l'auteur de la méthode qu'il expérimentait, et l'on sait aussi les faiblesses paternelles. Certes, nous ne mettons en doute ni le talent ni la bonne foi du médecin distingué, dont la science pleure encore la perte prématurée ; mais avec quelle facilité les meilleurs esprits ne s'abusent-ils pas sur la valeur de leurs découvertes! Et c'est dans ces cas peu décisifs où on se laisse le plus universellement aller à la pente si naturelle de croire ce qu'on désire. Il faut donc ici, comme toujours d'ailleurs, le contrôle des autres observateurs. Eh bien! nous osons dire que cette épreuve ne paraît pas favorable à la méthode. Qui l'a adoptée en effet? Pour nous, nous avons vu M. Lenoir la mettre en pratique à l'hôpital de la Pitié, dans des cas d'ulcération du col et de blennorrhagie, et l'impression qui nous est restée de ces essais ne nous encouragerait pas à les répéter.

En un mot, comme moyen d'abstersion et d'isolement, nous ne recommandons point le tamponnement ; mais s'il est avantageux de porter et de maintenir des substances médicamenteuses dans la cavité du corps et du col de la matrice, il pourrait rendre des services réels. Du reste, le procédé est nouveau, attendons

la sanction du temps. L'abstersion s'obtiendrait mieux par des irrigations continues avec la sonde à double courant.

3o *Cautérisation.* Naguère encore, la cautérisation des ulcérations et des simples érosions du col utérin était une médication si généralement, si unanimement adoptée, que, dans tous les cas qui s'en présentaient dans les hôpitaux, elle formait la base du traitement; les moyens thérapeutiques secondaires pouvaient varier au gré de chaque chirurgien; mais tous cautérisaient, en sorte que ulcération du col utérin et nitrate acide de mercure ou nitrate d'argent étaient choses inséparables. Maintenant un des médecins les plus distingués qui aient passé à Lourcine, M. Gibert, réduit ainsi le rôle de la cautérisation et la condamne presque absolument. « Les rougeurs accidentelles du col de l'utérus, les taches et les excoriations aphtheuses, les ulcérations simples, *l'érosion granulée* elle-même, sont des phénomènes sans gravité, et qui ne donnent jamais lieu à des accidents sérieux; toutes ces lésions peuvent guérir sans l'intervention d'une médication topique. Toutefois, les applications et les injections astringentes (sauf le cas d'inflammation trop vive ou trop aiguë) nous ont paru jouir d'une efficacité réelle. Les caustiques sont rarement nécessaires, quelquefois nuisibles, et, dans tous les cas, les plus légers et les moins douloureux sont ceux qui nous semblent devoir mériter la préférence. » (*Rech. prat. sur les ulcérations de la matrice*, p. 19.)

M. Duparcque ne tient pas un autre langage. « C'est principalement dans les cas d'érosion, que l'on a fait depuis quelques années une application souvent inutile, quelquefois dangereuse, du caustique. Il est rare cependant que ce genre d'affection (et il dit plus loin qu'il en est de même des ulcérations profondes) résiste longtemps aux moyens précédents (injections, etc.) rationnellement employés. » (*Maladies de la matrice*, t. I, p. 378.)

M. Lisfranc concède lui-même « que les ulcérations non cancéreuses de la matrice peuvent guérir sans qu'on ait besoin de recourir à l'usage des caustiques. » Mai il ajoute bientôt « que les solutions de continuité récentes ou anciennes de cet organe réclament en général ce moyen. — Je soutiens même, dit-il, d'après les observations multipliées que je fais depuis vingt ans, que sans la cautérisation la guérison de ces solutions de continuité est assez rare. » (*Clinique chirurgicale de la Pitié*, t. III, p. 578.)

De ce qui précède, il ressort évidemment une chose, c'est que l'usage de la cautérisation du col, tend à se restreindre. Du reste, comme c'est M. Lisfranc qui a touché ce point du traitement de la manière la plus complète, c'est lui que nous prendrons en général pour guide.

On doit attendre pour appliquer la cautérisation, que, quand ils existent, les signes de phlogose aient disparu; le caustique alors ne vient qu'après les antiphlogistiques, et même après les astringents; tout le monde est aujourd'hui à peu près d'accord sur ce point. Ici, comme la conduite de M. Lisfranc s'éloigne un peu de celle de la plupart des chirurgiens, nous allons le citer textuellement: « Une fois l'irritation dissipée, nous appliquons le speculum tous les trois ou quatre jours; aussitôt, ce qui est fort rare, que nous voyons l'ulcération augmenter malgré l'emploi des antiphlogistiques, des narcotiques et des petites saignées révulsives faites au bras; nous nous hâtons de recourir à la cautérisation, alors nous n'avons rien perdu, parce que la maladie ne peut pas marcher avec une rapidité telle, que son accroissement la mette en aussi peu de temps au-dessus des ressources de l'art; nous cautériserions sur-le-champ, dans tous les cas, si nous craignions les progrès latents de l'ulcère situé dans l'orifice du museau de tanche; nous avons encore recommandé de recourir aux caustiques, lorsque l'ulcération douteuse demeure à l'état stationnaire pendant quinze ou vingt jours. Voici un de ces cas douteux dont M. Lisfranc a triomphé complétement.

Obs. 4. » Une femme âgée de trente-huit ans, d'une constitution nerveuse et sanguine, avait eu trois enfants, elle vint nous consulter à l'hôpital de la Pitié, elle fut couchée au n. 30 de la salle Saint-Augustin.

» Elle portait des ulcérations douteuses,

profondes, qui avaient envahi le col utérin et dont l'ablation complète n'était peut-être pas possible; l'engorgement de l'utérus paraissait simple; il était léger.

» Je mis en usage les moyens ordinaires de thérapeutique, j'eus recours à la cautérisation pratiquée suivant les indications, avec le nitrate acide liquide de mercure; je ne négligeai pas les soins hygiéniques, j'insistai surtout sur l'administration de l'iodure de potassium à l'intérieur; huit jours suffirent pour arrêter les progrès du mal, qui parut demeurer stationnaire pendant un mois; puis la solution de continuité se détergea, les douleurs diminuèrent, les élancements cessèrent, les pertes rouges ne revinrent pas, la leucorrhée s'amenda; les fonctions digestives s'améliorèrent; moins d'innervation, moins de pâleur, moins de découragement, infiniment moins d'inquiétudes.

» *Second mois :* L'ulcère n'est pas aussi profond, il s'est légèrement retréci; d'ailleurs même état, même médication.

» *Troisième mois* : L'embonpoint reparaît, la fraîcheur et le teint commencent à se montrer, la digestion est excellente, des bourgeons charnus de très-bonne nature couvrent la surface de l'ulcération dont les bords sont affaissés, je suspends la cautérisation, mais j'applique le speculum tous les trois ou quatre jours pour m'assurer si la solution de continuité ne s'agrandit pas, car dans le cas où elle aurait augmenté, je me serais hâté de la toucher avec le caustique déjà indiqué, j'acquiers au contraire la certitude qu'elle marche vers la guérison.

» *Quatrième mois :* L'ulcère dont l'étendue est diminuée de moitié redevient stationnaire; les bourgeons charnus qui le recouvrent sont mous et trop développés, je les cautérise avec le proto-nitrate acide liquide d'hydrargyre. J'avais fait cesser l'usage de l'iodure de potassium pendant quinze jours, je l'employai de nouveau, continuation des autres moyens, un nouvel amendement se fait presque immédiatement observer.

» *Cinquième mois :* La leucorrhée est légère, les douleurs sont presque nulles, menstruation normale, maigreur, flaccidité des tissus beaucoup moindres, disparition de la pâleur de la face, exaltation intermittente de l'innervation, calme de l'imagination, par fois un peu de gaieté remplace les idées tristes, la malade qui avait désespéré longtemps de sa guérison commence à y croire.

» *Sixième et septième mois :* Même traitement: la santé générale continue de s'améliorer, l'engorgement utérin devient moins dur et diminue légèrement, la sensibilité de la matrice est encore beaucoup plus marquée qu'à l'état normal, les règles coulent un peu trop abondamment, elles déterminent quelques coliques, elles sont remplacées par un écoulement blanc alternativement léger et abondant; les bords de la solution de continuité semblent entièrement affaissés, mais l'ulcère demeure stationnaire, sa surface lisse, en quelque sorte polie, paraît être comme tannée.

» *Huitième mois* : Je cesse la cautérisation, j'explore l'ulcération deux fois par semaine, à l'aide du speculum, afin de m'assurer si elle ne fait pas de progrès: le traitement indiqué est continué.

» *Neuvième et dixième mois* : La solution de continuité est couverte de bourgeons charnus de bonne nature, elle marche assez franchement vers son entière cicatrisation, elle a perdu au moins les deux tiers de sa largeur, la menstruation a retardé de huit jours, elle est peu abondante, elle se supprime trop tôt, l'utérus se congestionne, des pesanteurs se font sentir, la malade éprouve des douleurs assez vives, j'ordonne de pratiquer au bras une saignée révulsive de quatre-vingt-dix grammes (trois onces), j'insiste immédiatement après sur les émollients et j'ai recours aux narcotiques administrés par la voie du rectum; vingt-quatre heures suffisent pour faire justice des accidents.

» *Onzième mois :* La solution de continuité s'élargit légèrement, elle reprend un aspect douteux, les flueurs blanches coulent en grande quantité, elles irritent par leur contact la partie interne et supérieure des cuisses, les règles manquent: on pratique au bras une saignée de cent quatre-vingts grammes (six onces), la malade souffre dans le bassin; les symptômes morbides de la matrice s'exercent plus spécialement sur le canal intestinal dont les fonctions sont dérangées, et sur le cœur qui devient le siége de fortes palpitations,

la face pâlit, le teint est jaune : la phlébotomie est répétée douze jours avant la prochaine menstruation, cette évacuation sanguine n'est alors que de quatre-vingt-dix grammes (trois onces), les narcotiques dont les effets avaient été presque nuls sont continués avec succès, l'irritation est moindre, les pesanteurs et les douleurs se sont beaucoup amendées, la digestion est normale, ainsi que les battements du cœur, le teint s'améliore, la solution de continuité cesse immédiatement de s'agrandir, elle se déterge de nouveau, je pratique la cautérisation avec le proto-nitrate acide liquide de mercure.

» *Douzième mois :* Le traitement antiphlogistique, la saignée révulsive, les narcotiques et l'iodure de potassium à l'intérieur sont continués, l'ulcère est cautérisé tous les huit jours : même état.

» *Treizième, quatorzième et quinzième mois* : Les règles sont assez régulières et coulent assez bien ; les pertes blanches augmentent et diminuent alternativement, elles sont tantôt plus, tantôt moins irritantes, la santé générale se soutient, l'ulcération qui s'est d'abord rétrécie reste stationnaire, la cautérisation est de temps en temps suspendue avec la précaution de surveiller la solution de continuité.

» *Seizième, dix-septième, dix-huitième et dix-neuvième mois* : même état, même traitement.

» *Vingtième, vingt et unième et vingt-deuxième mois* : L'iodure de potassium administré à l'intérieur est encore de temps en temps suspendu ainsi que la cautérisation ; la santé générale est bonne, l'embonpoint augmente, la menstruation est normale, la leucorrhée s'amende, l'ulcère se couvre de bourgeons charnus d'un très-bel aspect, les douleurs, les pesanteurs sont presque nulles, l'engorgement de la matrice semble avoir disparu.

» *Vingt-troisième et vingt-quatrième mois* : La malade peut faire sans souffrir des exercices même un peu prolongés ; menstruation normale, écoulement blanc, fort léger, l'ulcération se rétrécit beaucoup et devient très-superficielle, je la touche deux fois avec le nitrate d'argent fondu ; on insiste de nouveau sur l'iodure de potassium administré à l'intérieur ; le régime est tonique et non excitant : guérison. » (Lisfranc, *Clinique chirurgicale de la Pitié*, t. III, p. 559.)

Parmi les quelques regrets que laisse peut-être le récit de ce beau succès, il en est un qui sera vivement senti, c'est que l'auteur se borne presque à dire que l'ulcère était douteux, sans préciser, sans exposer nettement les éléments symptomatiques qui lui donnaient ce caractère.

Maintenant que nous avons posé les indications de la cautérisation nous allons en décrire le procédé, la manière de la pratiquer.

Choix du caustique : « Le fer rouge exposerait à de grands dangers, s'il était mis en usage contre les ulcérations dont nous nous occupons. » (Lisfranc, *ibid.*, p. 595.

Le chirurgien que nous venons de citer rejette la potasse caustique parce qu'elle est trop énergique et produit des escarres trop profondes. Cependant M. le professeur Duméril, et Mme Boivin l'ont employée avec succès à la maison royale de Santé. Un bâton de cet alcali monté sur un porte-pierre était appliqué sur l'ulcération. A-t-on essayé une dissolution de potasse concentrée dont on aurait chargé un pinceau? Généralement la potasse n'est pas utile dans le traitement de cette affection. Les acides sulfurique et nitrique, et l'eau régale ne le sont pas davantage ; ni le chlorure d'antimoine ni la pâte arsénicale, qui outre la difficulté d'application aurait ici les mêmes dangers qu'ailleurs. Le sulfate de cuivre a été proposé et serait peut-être utile dans les cas d'érosions, de végétations à la surface des ulcères. Des tentatives ont été faites avec la créosote ; M. Lisfranc la trouve trop irritante ; nous avons vu à la clinique, M. le professeur Cloquet s'en servir avec des résultats encourageants.

La pierre infernale est d'un usage très-fréquent : MM. Lisfranc et Duparcque la portent sur les ulcérations végétantes, d'un rouge vif et reposant sur un col engorgé, mou et infiltré. Ces deux chirurgiens lui reconnaissent l'inconvénient de provoquer un saignement aux surfaces qu'elles touchent. Nous l'avons observé pour le nitrate acide de mercure.

C'est ce dernier sel, le nitrate acide de mercure, qui est le caustique préféré presque par tout le monde. MM. Du-

parcque, Lenoir, Lisfranc, Marjolin, Vidal de Cassis, Velpeau, en un mot tous ceux qui s'occupent des maladies de la matrice, l'emploient presque exclusivement. « Je le crois, en général, dit M. Lisfranc, supérieur à tous les autres caustiques qui n'ont pas comme lui la propriété d'agir très-longtemps sur les tissus; il m'est tombé quelquefois sur la main une gouttelette de ce médicament; je l'ai immédiatement essuyée; j'ai éprouvé pendant vingt-cinq ou trente minutes une cuisson vive; elle a été ensuite remplacée par un sentiment léger de chaleur et de tension sur la partie cautérisée; il s'est prolongé six ou huit heures. » Cette durée d'action dont a été frappé M. Lisfranc ne dépend-elle point de l'énergie du caustique qui se fait sur-le-champ sentir à travers l'épiderme? Il n'y aurait dès lors rien de spécial ici que la force pénétrante de la dissolution saline. Quoiqu'il en soit, l'emploi de cette préparation mercurielle n'est que très-rarement suivi de la salivation; nous l'avons vu appliquer, et jamais cet accident n'est survenu; il est tellement exceptionnel que la plupart des auteurs n'en parlent pas; M. Lisfranc, qui l'a à peine observé, dit qu'il est très-faible et de courte durée (*Ibid.*, p. 584).

Les nitrates d'argent et de mercure sont donc les caustiques les plus usités dans les ulcérations du col utérin. Il ne faudrait pas pour les appliquer, imiter ce médecin inexpérimenté dont parle M. Marjolin, et pousser tout simplement le bâton de pierre infernale ou le pinceau chargé du sel hydrargyrique à travers le vagin en le dirigeant vaguement vers le mal qu'on se propose d'atteindre. C'était la solution de nitrate de mercure qu'employait ce très-jeune confrère : une inflammation extrêmement violente et un rétrécissement considérable du vagin, son oblitération presque complète furent la conséquence de cette conduite d'une ignorance presque incroyable et vraiment coupable. Il fallait des faits de ce genre pour nous excuser de dire que le speculum est indispensable pour ces cautérisations. Le speculum bivalve et celui qui est composé d'une seule pièce et qu'on appelle improprement le speculum plein, se partagent les praticiens : on peut employer tantôt l'un tantôt l'autre suivant les indications. MM. Lisfranc et Paul Dubois ne se servent que du second; M. Jobert que du premier. Quand on ne parvient pas à prendre et à embrasser convenablement le col avec celui qui tombe d'abord sous la main on peut recourir à l'autre. MM. Lenoir et Vidal emploient indifféremment l'un ou l'autre.

Un fois le col saisi et l'ulcération bien en lumière, on essuie légèrement le museau de tanche avec un pinceau de charpie ou avec une boulette de coton que la pince à anneaux tient entre ses mors. Sans cette précaution qui met parfaitement à nu la surface qu'on veut toucher, les mucosités qui recouvrent le mal empêcheraient ou gêneraient l'action du caustique. On éponge donc en quelque sorte rapidement ces liquides, puis avec un petit pinceau en cheveux (Lisfranc) ou en charpie, trempé dans la solution hydrargyrique et modérément exprimé en le pressant sur les parois du flacon, afin qu'il ne dégoutte pas et qu'on puisse limiter son action, avec ce pinceau ainsi chargé, on touche l'ulcération, légèrement, si elle est superficielle, et davantage si elle est profonde ou garnie de bourgeons charnus. Le mal est-il assez étendu pour faire craindre une réaction trop vive si l'on en cautérisait toute la surface, on ne porte le pinceau que sur une partie, ce qui n'empêche pas, suivant la remarque de MM. Lisfranc, Duparcque et de beaucoup d'autres chirurgiens, que le reste ne participe à l'heureuse modification imprimée par le caustique aux points qu'il a touchés. Dans les cas où l'ulcération occupant l'intérieur du col et même du corps de la matrice, ne se découvre qu'incomplétement au fond du speculum, pour la reconnaître on écarte les lèvres du museau de tanche avec la pince à anneaux et l'on y engage le pinceau en l'appuyant avec une force et dans une étendue proportionnées à l'étendue et à la profondeur de la lésion. Si l'ulcération a un aspect douteux, si l'on craint la dégénérescence cancéreuse, c'est là que l'on doit cautériser avec le plus d'énergie.

L'opération n'est pas encore terminée; ordinairement on jette un verre d'eau dans le fond du speculum pour emporter les gouttes du caustique resté sur l'ulcération ou aux alentours et dont l'action en tout cas serait nuisible ; quelquefois, surtout quand le pinceau avait été bien exprimé, et qu'après la cautérisation le museau est presqu'à sec, on y pose un bourdonnet de charpie, qu'on fixe avec l'extrémité de la pince pendant qu'on retire le speculum. « Mais il faut bien se garder d'imiter ces chirurgiens inexpérimentés, qui laissent sur le col de l'utérus et y laissent séjourner plusieurs minutes, un tampon imbibé de caustique; ils déterminent souvent des accidents très-graves et quelquefois funestes, telles sont des inflammations plus ou moins violentes du vagin, de la matrice, du péritoine, etc., des ulcérations du canal utéro-vulvaire, des perforations de ce canal et de la membrane séreuse de l'abdomen; nous avons observé tous ces malheurs sur des malades qui, traitées en ville, ont été ensuite transportées dans notre hôpital; nous avons vu des femmes qui avaient été soumises à d'autres soins que les nôtres et chez lesquelles le vagin s'était tantôt plus ou moins rétréci et tantôt entièrement oblitéré. Les cautérisations pratiquées contre les préceptes de l'art ont porté quelques praticiens, parmi lesquels on en compte de très-distingués, à rejeter complétement l'application des caustiques sur les ulcérations de l'organe gestateur.» (*Lisfranc*, *Clinique chirurgicale de la Pitié*, t. III, p. 582.)

Il est des cas où l'ulcération se couvre d'un suintement sanguin dès qu'elle est mise à découvert dans le speculum; on peut prévenir ou arrêter le saignement en se hâtant de cautériser. Si l'on n'y parvenait pas on coulerait un liquide légèrement styptique dans l'instrument; si le sang s'arrêtait on ferait la cautérisation, sinon elle serait différée. Lorsque le vagin est retréci ou cloisonné par des brides qui forment parfois une sorte de feutrage (Mme Boivin), M. Lisfranc conseille encore la cautérisation, même lorsqu'on n'aperçoit pas bien l'ulcération, même quand l'application du speculum est impossible. Nous croyons que c'est le cas ou jamais d'essayer les injections et tous les autres moyens avant d'en venir à celui-là qu'une guérison plus facilement obtenue peut rendre inutile.

« La première application du caustique doit être très-faible : il est des sujets chez lesquels, sans cette précaution, il pourrait survenir des accidents sérieux; chez quelques femmes, en effet, l'utérus s'irrite facilement beaucoup, sous l'influence de la cautérisation ordinaire : il faut donc tâter sa sensibilité; car si elle s'exaltait trop, on toucherait l'ulcère le plus rarement possible..... comme dans les cas où l'introduction du speculum est, à cause de l'irritabilité du vagin, douloureuse et presque intolérable. » (Lisfranc, *ibid*, p. 587.)

Presque jamais la cautérisation du col utérin par le nitrate d'argent ou avec le nitrate acide de mercure n'est suivie immédiatement de douleur. On sait que les malades ne s'aperçoivent pas de la morsure des sangsues qu'on pose sur cet organe. Cette opération provoque ou augmente les écoulements blancs; dans la plupart des cas elle produit au bout d'une demi-heure ou d'une heure un peu de chaleur et quelquefois une douleur légère; elles sont presque toujours d'une courte durée. Si ces phénomènes à peine appréciables en général s'élevaient au degré d'accidents sérieux, on les combattrait avec des quarts de lavement laudanisés, des bains chauds, la saignée révulsive, des cataplasmes émollients sur l'abdomen et des injections anodines presque froides dans le vagin (Lisfranc).

Pendant les règles, et les cinq ou six premiers jours qui précèdent ou qui suivent cette éruption, on suspend la cautérisation. Pendant la grossesse : « lorsque l'ulcération augmente ou bien encore quand on craint les progrès latents de la solution de continuité siégeant à l'orifice du museau de tanche, il faut mettre en usage la cautérisation suivant les modifications que nous avons posées; j'ai souvent eu recours à ce moyen; toujours jusqu'aujourd'hui il m'a parfaitement réussi. Mais, devrait-on l'employer, si l'ulcère, situé à l'extérieur, devenait stationnaire? Le raisonnement paraît démontrer que l'excitation qu'il occasionne pourrait à la rigueur produire l'avortement; or, il me

semble plus prudent de temporiser, avec l'indispensable précaution de surveiller attentivement la surface dénudée, afin de l'attaquer par le caustique aussitôt qu'elle commence à s'étendre et à faire de rapides progrès.» (Lisfranc, *Ibid*,, p. 590.) Dans cette circonstance, surtout s'il y avait eu déjà des avortements, on devrait épuiser encore tous les autres moyens plus doux avant d'appliquer le nitrate acide.

Cette opération se répète généralement tous les huit jours. S'il suffit, comme le dit M. Lisfranc, de toucher certaines ulcérations une ou deux fois pour les cicatriser, le plus souvent ce n'est qu'au prix de vingt ou trente cautérisations qu'on obtient ce résultat; il n'est même pas rare qu'il se fasse acheter bien plus cher encore. Il arrive que, malgré la persévérance qu'on met dans ces cautérisations, au lieu de s'amender, le mal reste stationnaire ou s'agrandit. On les éloigne alors ou on les cesse entièrement pendant un ou deux mois au bout desquels la cicatrisation est quelquefois complète. C'est l'opinion de M. Lisfranc, de M. Duparcque, c'était celle de Sanson. « A la maison royale de santé et ailleurs nous avons vu des femmes soumises pendant trois et six mois consécutifs à des cautérisations réglées, ne pas faire un pas vers la guérison ; fatiguées de ce long et inutile traitement, et impatientées du repos de l'organe malade, elles quittaient le service, reprenaient le train ordinaire de la vie, en ne se privant de rien. Quelques mois après revenues à la consultation, nous trouvions le museau de tanche parfaitement sain. Ces premiers cas nous causèrent une grande surprise ; mais leur répétition finit par nous familiariser avec ces résultats, résultats qui nous frappèrent au point que nous nous sommes demandé si la cautérisation n'entravait pas souvent la marche de la guérison ; et que nous serions porté à essayer les autres moyens avant d'en venir à celui-là. » (Communiqué par M. Morel-Lavallée.)

Quand les ulcérations du col de l'utérus auront disparu, on n'oubliera pas d'examiner la cicatrice, au moins tous les huit jours, à l'aide du speculum, pour y reporter le caustique, si elles se sont rétablies. Comme il n'est pas toujours facile de distinguer les cicatrices récentes des ulcérations superficielles, on fait sur les points douteux des frictions ménagées avec un pinceau de charpie; s'il se manifeste un suintement sanguin à la surface, elle est dénudée; s'il ne s'en manifeste pas, elle est restée intacte (Lisfranc). Dans tous les cas, il est, selon le même auteur, extraordinairement rare qu'une ou deux applications de la solution hydrargyrique ne suffisent pas pour former la cicatrice.

Nous ne nous sommes, jusqu'ici, occupé que des topiques applicables aux ulcérations du col utérin; nous allons passer aux moyens généraux qui les secondent efficacement.

Moyens généraux. — *Repos.* Le repos *absolu* n'est plus guère prescrit aujourd'hui; on est singulièrement revenu de cette pratique qui condamnait des femmes, pour de simples ulcérations, à une immobilité complète, à passer des mois entiers couchées sur leur lit, une chaise longue ou un canapé. Cette excessive inaction, l'ennui qui en était l'inévitable conséquence, jetaient le trouble dans les fonctions, amenaient la langueur et substituaient à une santé presque parfaite un état presque valétudinaire. On ne saurait croire jusqu'où certains médecins poussaient le rigorisme à cet égard. Nous avons vu, à la maison royale de santé, une jeune dame qu'un médecin de province avait assujettie depuis quatre mois à un repos si absolu qu'elle se faisait transporter dans la position horizontale de son lit sur son canapé; depuis quatre mois son pied n'avait pas touché la terre pour une affection insignifiante de l'utérus! Ce n'est que dans les ulcères ou inflammations subaiguës que M. Lisfranc conseille un *repos plus ou moins absolu*, *et un exercice modéré* dans les ulcérations atoniques. Dans ses leçons, M. le professeur Marjolin rejette formellement cette immobilité, plus grave que l'affection pour la guérison de laquelle elle était subie. Voici ce qu'a écrit le docteur Duparcque: « Dans tous les cas d'affection à marche chronique de l'utérus, soit congestive, soit hémorrhagique, soit phlegmasique, le repos absolu est plus nuisible qu'a-

vantageux ; il n'est indiqué positivement que lorsqu'il y a engorgement hémorrhagique essentiel ou phlegmasie aiguë ou subaiguë, ou quand il existe du déplacement. J'ai rarement été obligé d'y soumettre mes malades affectées d'ulcérations, soit simples, soit herpétiques, soit syphilitiques, si ce n'est dans les premiers jours. J'ai vu bon nombre de dames en traitement, obligées de vaquer constamment à leurs occupations ordinaires, et plusieurs même venir des environs de Paris, de quatre, dix ou quinze lieues, et plus, une ou deux fois par semaine, et qui n'en ont pas moins été bien promptement guéries. Quelques-unes cependant étaient cautérisées chaque fois. » (*Ibid.*, 383.)

Repos de l'organe malade. Le praticien que nous venons de citer, n'a parlé sous ce titre que du repos absolu, c'est évidemment une erreur, un lapsus. Le repos d'un organe, c'est la suspension de ses fonctions. Quand on dit « repos du membre supérieur » dans une fracture de l'olécrâne, par exemple, on n'entend pas que le blessé se tiendra immobile sur une chaise longue, mais qu'il portera son bras en écharpe et ne s'en servira pas. Le repos de la matrice ne peut signifier dans ce cas, que l'abstinence des plaisirs vénériens. Tout le monde l'ordonne ici. Nous pensons qu'elle n'est de rigueur, que lorsque l'ulcération est douloureuse, ou saigne aisément.

Une hygiène et un régime convenables sont loin d'être à négliger dans le traitement de ces affections. « Il est évident, dit M. Duparcque, que beaucoup des ulcérations utérines leucorrhéiques sont occasionnées, ou au moins entretenues, par un état général de faiblesse et d'atonie, qui lui-même provient souvent d'un dérangement des fonctions digestives ou d'une affection morbide de leurs organes, comme gastrite, gastro-entérite, etc. Or, il est constant que si on ne détruit pas ces états généraux, ou morbigènes, ou pathologiques, par des traitements appropriés, les traitements locaux des ulcérations utérines ou échoueront, ou bien n'auront qu'un succès momentané; on verra bientôt ces ulcérations récidiver. Au contraire, la distraction de ces causes peut suffire, et sans qu'il soit besoin d'applications locales, pour faire disparaître et guérir radicalement des ulcérations jusque-là récalcitrantes. Nous avons vu souvent un changement de régime, le séjour de quelques semaines seulement à la campagne, en même temps que ces moyens hygiéniques rappelaient les fonctions digestives altérées à leur rhythme normal et ramenaient les forces, l'embonpoint et la fraîcheur, faire cesser des leucorrhées opiniâtres, et disparaître des exulcérations qui en étaient la source.

» *Obs.* 5. Une femme âgée de trente-trois ans, nerveuse, irritable, et cependant d'un caractère et d'un laisser-aller nonchalants, d'une constitution autrefois replète, actuellement maigre, molle et atonique, exposée à prendre toutes les affections catarrhales épidémiques, était en proie dès avant l'établissement des règles, à une leucorrhée. Elle a eu deux enfants d'une constitution lymphatique. Après son dernier accouchement, qui date de quatre ans, la leucorrhée devint plus abondante; de là datent ses dyspepsies, ses douleurs gastriques, son affaiblissement général et son amaigrissement. Elle fut traitée et s'est traitée elle-même à diverses reprises, sans succès. Consulté à mon tour, je constatai un écoulement leucorrhéique très-abondant, avec pâleur du vagin, légère intumescence du col utérin, dont tout l'orifice portait une érosion d'un rouge vif, se dessinant au milieu de la teinte à peine rosée du voisinage. L'érosion paraissait s'étendre jusque dans la cavité du col, d'où s'écoulait en bavant et par moments comme une nappe, un mucus filant. Je prescrivis un régime tonique, quelques amers, des bains alcalins et des irrigations d'abord émollientes, puis avec une décoction d'une demi-once d'écorce de chêne par pinte d'eau. L'écoulement diminuait, mais il redoublait bientôt. L'exulcération ne bougeait pas. Je promenai légèrement à sa surface, un pinceau imbibé de nitrate acide de mercure, que je fis pénétrer aussi dans l'intérieur du col : pas de changements. Enfin, j'appris que la malade, d'un appétit irrégulier, se livrait à tous les caprices de son goût, suivait un régime des plus désordonnés. Malgré mes avis, elle restait

séquestrée dans sa chambre, ses digestions étaient mauvaises, et il y avait fréquemment du dévoiement. Je me prononçai pour lors, sévèrement, sur la nécessité de suivre rigoureusement les règles hygiéniques conseillées; je suspendis les applications caustiques, et au bout d'un mois, nous avons obtenu une amélioration à laquelle nous n'avions pu parvenir auparavant. Deux mois de campagne firent ensuite disparaître toute trace de la maladie. De retour à Paris, la malade revint à ses anciennes habitudes qui ramenèrent les mêmes conséquences et exigèrent les mêmes moyens. Je la soumis en outre à l'usage des eaux de Spa, et lui fis prendre fréquemment des bains sulfureux. Depuis un an, la guérison paraît assurée. » (Duparcque, *ibid.*, t. I, p. 385.)

Les bains de siége sont généralement proscrits à cause de la congestion qu'ils provoquent à l'organe malade (Lisfranc, Marjolin, J. Cloquet, etc.). Les bains entiers tièdes sont plus ou moins usités. M. Lisfranc a l'habitude d'en faire prendre tous les deux jours, même dans le cas où rien n'indique la phlogose. Mais quelquefois les malades en sont fatiguées, affaiblies, et nous croyons qu'à moins de symptômes inflammatoires, un bain tout au plus par semaine est suffisant, et même s'il y avait de l'atonie, nous n'en prescririons qu'un après cette époque. Il est évident que dans le cas de complication phlegmasique, les bains tièdes viennent aux secours des injections émollientes; c'est alors seulement que nous imiterions la conduite de M. Lisfranc. C'est avec une raison parfaite, selon nous, qu'il ordonne chaque jour un lavement presque froid; c'est débarrasser le rectum et prévenir la congestion et quelquefois le saignement des ulcérations qui résulteraient des efforts de défécation. Le laudanum administré par la même voie, est excellent pour calmer la douleur. Ne pourrait-on point porter ce narcotique directement sur le mal en baignant le col, par une injection prolongée prise dans la position que nous avons indiquée?

A l'intérieur, les adoucissants dans le cas d'inflammation; dans l'atonie, les toniques. M. Lisfranc se trouve généralement bien de l'iodure de potassium.

ARTICLE IX.

Ulcérations dartreuses du col de la matrice.

Tous les auteurs qui se sont livrés avec le plus de succès à l'étude de ces maladies, MM. Dugès, Duparcque, Gibert, Mêlier, Lisfranc, Vidal de Cassis, etc., laissent à regretter à cet égard. Les uns ont observé l'éruption, les autres des ulcérations dont le caractère herpétique ne leur paraissait pas douteux, mais nul n'a saisi le passage de l'éruption à l'ulcération, la filiation des deux phases de la lésion. Plusieurs le donnent à entendre, mais sans rapporter à l'appui aucun fait concluant. Nous ne promettons donc pas ici une description générale.

Il a déjà été question du pointillé rouge, de vésicules transparentes reposant sur le col plus ou moins rouge et tuméfié, et d'où suintait un mucus d'une abondance variable; nous allons en rapporter un exemple.

Une femme de trente-quatre ans avait une leucorrhée très-fatigante; après avoir employé inutilement un grand nombre de moyens pour la combattre, elle s'adressa à M. Duparcque. Le toucher ne fit rien découvrir qu'un peu de tuméfaction du col, sans augmentation notable de consistance, sans douleurs ni sensibilité à la pression. Au speculum, cette partie se montra parsemée de points rouges assez semblables à des piqûres de puce, discrètes à la circonférence du col, confluentes en approchant de l'orifice. Il suintait de cette surface un liquide séro-muqueux incolore. La malade avait porté longtemps une dartre miliaire à la partie interne et supérieure des cuisses; elle n'en avait pas éprouvé d'autre inconvénient que de la démangeaison, quand elle était échauffée par la marche; il y avait deux ans que l'affection avait disparu, sans que la femme s'en aperçût. Depuis lors, la leucorrhée était plus abondante. Mis par là sur la voie, on prescrivit quelques purgatifs, du soufre doré d'antimoine à l'intérieur, des injections et des bains de Baréges. Des vésicatoires volants furent en même temps appliqués aux cuisses; ils furent plus tard remplacés par un cautère au bras. L'éruption utérine

guérit, et la leucorrhée fut réduite au point de n'être plus fatigante. (Duparcque, t. I, p. 392.)

Quand on n'a point suivi toute l'évolution de la maladie, voici comment on peut remonter à son origine : il existe en même temps une éruption herpétique à la peau, ou elle a disparu, et depuis sa suppression, la leucorrhée a augmenté, le traitement ordinaire a peu ou point de prise sur l'ulcération du col, tandis qu'elle se modifie promptement et guérit par les anti-herpétiques. Selon M. Duparcque, sa surface serait aussi plus boursouflée ou plus chagrinée que dans les érosions simples. « La première fois que je vis un de ces cas équivoques, l'ulcération qui d'abord parut diminuer d'étendue sous l'influence des moyens ordinaires, reprit bientôt ses premières dimensions, et persévérait malgré tous mes efforts. Les astringents, la cautérisation elle-même portée jusque dans l'intérieur du col, avaient été sans succès; je m'avisai que cette persistance pouvait provenir de la nature de l'érosion, qu'elle pouvait tenir à une cause interne, humorale, vicieuse ou virulente, et n'être qu'une des manifestations qui se dessinaient ailleurs par des rougeurs aphtheuses, qui de temps en temps se montraient au voisinage des nymphes et des petites lèvres et du méat urinaire, et par les pustules qui, peu nombreuses, se succédaient sans interruption au front et à la face. Je soumis la malade (Mme W. chaussée Ménilmontant, n° 40) à un traitement dépuratif et la mis à l'usage des bains de Baréges, des purgatifs; je promenai plusieurs vésicatoires volants sur la région lombaire, et j'établis enfin à demeure un cautère au bras gauche. En moins de deux mois, j'obtins la guérison complète de l'ulcération qui, pendant cinq mois, avait vu échouer les moyens ordinairement efficaces contre des ulcérations en apparence analogues, mais qui étaient entièrement locales. » (*Ibid.*, p. 394.)

Certainement il est au moins très-probable que des ulcérations qui se présentent sous cet aspect ont débuté par une éruption herpétique, comme il est aussi à peu près incontestable que les éruptions qu'on a rencontrées se seraient terminées par ulcérations si on ne les avait guéries auparavant; mais, nous le répétons, nous n'avons trouvé aucune observation qui établisse péremptoirement, cliniquement ce point.

Quoi qu'il en soit, on devra, dans ce cas, moins insister sur le traitement local, presque toujours sans résultat satisfaisant, que sur les moyens internes, généralement administrés dans les affections dartreuses.

ARTICLE X.

Ulcérations scrofuleuses ou tuberculeuses du col de la matrice.

Ce chapitre devrait peut-être s'intituler *tubercules du col utérin;* mais, autorisé d'ailleurs par des exemples imposants, nous préférons désigner l'affection par sa dernière période, parce qu'elle est la plus claire, la plus importante et que, sous le point de vue pratique, l'ulcération tuberculeuse se lie presque nécessairement aux autres.

Le tubercule du col de la matrice se fait quelquefois soupçonner par des bosselures qui inspirent la crainte d'une affection plus grave, du carcinome. M. Lisfranc avoue que, dans le commencement de sa pratique, il a commis cette méprise et conseille sagement de suspendre son diagnostic jusqu'à ce que la nature du liquide qui s'écoulera de la tumeur, vienne lever tous les doutes. Ordinairement, en effet, ces produits accidentels se ramollissent, la tumeur devient fluctuante, s'ouvre par un pertuis et verse de la sérosité mêlée de détritus de matière caséeuse. Sous la compression du speculum, ce liquide sort quelquefois en jet par l'orifice fistuleux, ainsi que M. Lisfranc l'a observé. L'ouverture du foyer s'agrandit et il se convertit en ulcère; d'autres fois la même terminaison a lieu par un mécanisme différent, par la réunion de plusieurs altérations voisines. La destruction peut être très-considérable : on a vu à l'hôpital de la Pitié, une ulcération scrofuleuse qui avait détruit le col de l'utérus jusqu'à la partie inférieure de l'insertion du vagin; l'extrémité supérieure de ce canal était même un peu envahie par la solution de continuité, compliquée d'un écoulement souvent rosé, extraordinairement abondant; des douleurs lancinantes existaient, la constitution était singulièrement affaiblie, l'ulcération offrait un aspect de mauvaise nature; on au-

rait dit un véritable cancer. Le chirurgien penchait vers cette fâcheuse idée, lorsqu'en essuyant la solution de continuité embrassée par le speculum, il y trouva de la matière tuberculeuse en assez grande quantité; elle était logée dans quelques lacunes situées au fond du foyer principal. Des ganglions sous-maxillaires étaient engorgés. On eut recours aux anti-scrofuleux et à la cautérisation avec le nitrate acide de mercure; la guérison fut complète. (Lisfranc, t. III, p. 549.)

Suivant ce chirurgien, qui dit avoir observé des exemples assez nombreux de cette rare affection, elle suit ordinairement la marche des abcès chauds ou froids et la fluctuation se fait sentir au col, comme dans le cas d'une tumeur cancéreuse ramollie. Ces ulcérations sont souvent compliquées d'engorgements du corps de la matrice; si cet engorgement est de même nature que celui du col, il est à craindre que les foyers tuberculeux n'enflamment le péritoine, et ne s'ouvrent même dans les cavités, ainsi que l'a vu M. Lisfranc (p. 550).

Ce qui caractérise ces ulcères, c'est la matière tuberculeuse; les bosselures de la période de crudité, la fluctuation de la période de ramollissement n'ont point de signes décisifs. Mais quand même le diagnostic n'aurait pas toute la précision désirable, dès que l'ulcération se montre chez un sujet scrofuleux, il faut insister sur les toniques et sur une bonne hygiène et appliquer au col des topiques astringents et la cautérisation. Il importe de surveiller la poitrine qui alors, comme l'a prouvé M. Louis, est presque toujours compromise.

Nous avons rapporté un succès que l'état de cette cavité ne paraît point avoir entravé, c'est-à-dire qu'il n'y avait pas de menaces de phthisie. M. Duparcque aurait rencontré cette terrible complication et en aurait triomphé, mais la matière tuberculeuse n'ayant point été constatée au col, ce pouvait être une simple ulcération chez un sujet poitrinaire (p. 369).

Terminons en disant que cette lésion est si rare que sur cent ulcérations du col il ne s'en rencontre peut-être pas un seul exemple. (Voir notre article sur la tuberculisation de la matrice, en général.)

ARTICLE XI.

Ulcérations scorbutiques du col de la matrice.

Bien qu'un seul cas mérite peu de former un ordre, dans l'impossibilité de le faire entrer ailleurs, on est bien obligé de le décrire à part.

« Une femme fut admise à l'hôpital des vénériens, pour une syphilis constitutionnelle. Le col utérin visité offrait une ulcération vénérienne : après un temps assez court et sous l'influence d'un traitement général et local, cette ulcération fut cicatrisée. Restaient des pustules ulcérées aux jambes et à la face. Au bout de trois mois un scorbut avec les caractères les plus tranchés se manifesta. Toutes les solutions de continuité en revêtirent l'aspect : en examinant le col, on trouva une ulcération large comme une pièce de trente sous, entièrement semblable aux ulcérations extérieures. Le col était gonflé, mollasse, d'une couleur livide. » (Desgouves, de la Martinique, thèse n° 221, 1826.)

Avec son excessive concision, cette observation établit-elle l'existence de l'ulcère scorbutique du col utérin?

Est-il besoin de le dire? C'est le traitement de la maladie générale qui devrait dominer ici et qui seul souvent guérirait la lésion locale. Nous ne voulons pas insinuer par là que les topiques soient à négliger; seulement ils se placent en seconde ligne.

ARTICLE XII.

Ulcérations syphilitiques du col de la matrice.

Il est hors de doute aujourd'hui que le chancre peut se développer sur le col de la matrice. Il est à remarquer même que depuis que la démonstration de ce fait a attiré l'attention de ce côté, les exemples s'en multiplient. Cullerier dans sa longue pratique n'en avait rencontré que deux; dans une seule année, M. Ricord en a recueilli six à l'hôpital des vénériens (*Mém. de l'Acad. royale de médecine*, t. II, p. 166); M. Duparcque en a observé deux sur cent malades (t. I, p. 404); M. Vidal deux en un an, à Lourcine; M. Mélier qui

a aussi observé ce genre d'affection dit qu'il est plus fréquent qu'on ne pense.

Obs. 1. « Une fille de la police, en traitement depuis plus d'un mois, pour une ulcération saillante mais peu étendue de la commissure gauche des lèvres du museau de tanche, ayant en même temps un catarrhe utérin opaque légèrement purulent, fût examinée au speculum le jour de sa sortie. La vulve fut trouvée saine ainsi que les parties voisines et le vagin, le col de l'utérus était sain aussi et d'un volume normal, seulement l'ulcération de l'orifice n'était pas complétement cicatrisée; il restait un point de l'étendue de la tête d'une grosse épingle, qui nous parut pourtant prêt à se cicatriser. Les mucosités que laissait échapper l'utérus étaient transparentes. La malade fut considérée à tort comme guérie et je la renvoyai. Un étudiant en médecine, de mes élèves, qui l'avait connue, et qui depuis longtemps n'avait pas vu de femmes, eut au moment de sa sortie des rapports avec elle, et contracta un *ulcus elevatum* à la base du gland et un bubon. La malade revint à l'hôpital le surlendemain ; nous l'examinâmes avec soin au speculum, et nous ne trouvâmes rien à l'extérieur ni à l'entrée de la vulve ; le vagin était encore sain, mais le col de l'utérus était rouge : il semblait un peu gonflé, la cicatrice de l'ulcération rompue et celle-ci doublée d'étendue, sécrétait une matière puriforme. La malade fut gardée à l'hôpital et renvoyée plus tard parfaitement guérie.

Obs. 2. » Une femme entrée récemment dans les salles du civil, affectée d'ulcération profonde de l'orifice utérin, mais peu étendue en surface, et donnant lieu à un écoulement purulent, sans qu'il y ait rien à la vulve ni au vagin, nous dit que son mari avait un chancre : cet homme se trouvant aussi à l'hôpital des vénériens, on a pu constater chez lui l'existence d'un chancre au méat urinaire. » (Ricord, *Mémoires de l'Académie royale de Médecine*, t. II, p. 169.)

Voilà sans doute des faits concluants, mais en voici qui le sont bien autrement encore. Ils ont été rapportés dans les archives (juin 1843), par M. le docteur Gosselin ; et comme ce chirurgien fait en même temps très-nettement connaître un caractère important de la marche de ces ulcérations, nous allons le citer textuellement :

« ... Elles se présentent pendant les premiers jours avec les caractères du chancre : ulcère arrondi, à bords taillés à pic, à fond grisâtre; puis au bout de quelques jours elles changent d'aspect, offrant les caractères des ulcérations non syphilitiques avec lesquelles alors il est aisé de les confondre. J'ai été deux fois à même de constater cette transformation insidieuse :

Obs. 3. » Une femme arrive à l'hôpital de Lourcine dans le service de M. Robert ; en l'examinant au speculum on trouva un ulcère dont les caractères ont été indiqués plus haut. Pour plus de certitude M. Robert pratiqua sur la cuisse l'inoculation du liquide recueilli à la surface du chancre avec un tampon de charpie ; trois pustules succédèrent bientôt aux trois piqûres. Quelques jours après on examina de nouveau : l'ulcère est usé, non déprimé, plus étendu et ne présente rien de particulier qui le distingue des ulcérations ordinaires. Sans le premier examen rien n'eût indiqué la nature syphilitique de l'affection, et notez qu'aucun topique local n'avait été appliqué, et qu'on n'avait pas cautérisé. Cette malade étant sortie trop tôt, je ne puis savoir ce qui est arrivé depuis.

Obs. 4. » Peu de temps après j'ai observé un fait analogue dans le service de M. Michon. » (Gosselin, *Archives de médecine*, juin 1843.)

Seuls, ces deux faits suffiraient pour démontrer péremptoirement l'existence du chancre sur le col utérin ; et la métamorphose rapide qui donne à cet ulcère spécifique l'aspect d'un ulcère simple, milite singulièrement en faveur de ceux qui, avec M. Gibert, soutiennent que la plupart des érosions granulées sont syphilitiques. Mais M. Gosselin ne dit pas qu'il y eût granulation ; il dit simplement, *ulcère ordinaire*. Une chose bien plus importante qui a été oubliée, c'est l'inoculation du pus que sécrétait le chancre après sa transformation ; cette expérience eût appris si la nature en avait changé avec l'aspect. Il paraîtrait d'après MM. Ricord et Vidal, que l'érosion granulée

qui a conservé le caractère contagieux, manifeste cette fâcheuse propriété, en communiquant non pas un chancre, mais une blennorrhagie. Sans entrer plus avant dans une question qui sera traitée plus tard avec quelque développement, nous terminerons ce sujet en disant que le chancre présente sur le col utérin les mêmes caractères physiques qu'ailleurs : fond grisâtre, bords taillés à pic, quelquefois renversés en dehors et prenant encore, dans certains cas, la physionomie du cancer ulcéré, comme presque tous les chirurgiens l'ont observé. Les deux points les plus saillants de son histoire ont été découverts, l'un par M. Vidal : c'est sa guérison rapide qui fait contraste avec la marche lente des ulcérations ordinaires; l'autre, par M. Gosselin : c'est sa transformation en ulcération simple en apparence. Sans doute que l'interprétation la plus naturelle de ces deux données qui semblent contradictoires est de penser que le chancre vénérien, susceptible de deux terminaisons, toutes deux promptes, tantôt guérit, tantôt se transforme en ulcération granulée.

Diagnostic du chancre du col de la matrice. Trois circonstances rendent ce diagnostic difficile, ce sont la transformation rapide du chancre en érosion ordinaire, sa ressemblance avec l'ulcère cancéreux, et surtout avec ce que M. Duparcque appelle un ulcère rongeant simple. La première difficulté nous paraît insoluble ; les antécédents, la présence d'autres symptômes syphilitiques, les effets du traitement peuvent bien donner quelques présomptions sur la nature de la lésion ; mais un ulcère simple du col utérin n'est-il pas compatible avec des symptômes vénériens sans avoir avec eux d'autres rapports que la coïncidence ; et les effets du traitement seront-ils un guide bien sûr pour ceux qui savent que les lésions spécifiques guérissent par les moyens ordinaires, et les affections ordinaires par les moyens spécifiques ? Ce qui peut offrir ici les indices les moins trompeurs, ce sont les antécédents ; il faudra donc les consulter avec attention. Nous ne parlons pas de l'inoculation qui a fait son temps et ses victimes ; à moins qu'on ne trouve plus avantageux de multiplier, avec ses ulcères, les souffrances et les dangers du malade. Il est des cas où ces obscurités n'embarrasseront pas le chirurgien ; il se présentera des chancres très-nettement caractérisés, comme ceux dont nous avons cité des exemples. Quoi qu'il en soit, il n'y aurait qu'une erreur grave possible ici, ce serait de prendre pour un cancer et de traiter comme tel un ulcère syphilitique ou un ulcère rongeant. On évitera cette méprise si l'on se souvient que des ulcères qui présentaient toute la physionomie cancéreuse ont été guéris parfaitement par les anti-vénériens. C'est à ces idées qu'il faudra se conformer pour le traitement, qui sera d'abord celui des ulcères ordinaires ou des chancres. Si le caractère cancéreux se prononce, on avisera suivant les indications.

ARTICLE XIII.

Polypes du col de la matrice.

Sans revenir sur des points déjà traités, il nous est impossible de passer sous silence les polypes du col utérin, d'abord parce qu'il en est dont le siége de prédilection est au museau de tanche, et qui ne paraissent être que l'exagération, la dernière période des granulations molles de la métrite framboisée. C'est ce que Dupuytren a désigné sous le nom de polypes *celluleux et vasculaires.*

Ces polypes, dit l'illustre chirurgien, commencent par de petits soulèvements qu'on a bien de la peine à apercevoir à l'intérieur du col. Ils offrent les symptômes analogues à ceux du cancer du museau de tanche, échappant par leur petitesse aux plus attentives investigations; ils font le désespoir des médecins non moins que des malades. Des écoulements blancs ou rouges, communément accompagnés d'un sentiment de fatigue dans les reins, de tiraillements dans les aines, de pesanteur au fondement ; un épuisement physique et moral promptement amené par la perte du sang et par les douleurs : cette perte de sang, mais surtout l'écoulement blanc, accru par le moindre contact, par le coït, par l'approche des règles, etc., sont les principaux symptômes de cette maladie. Le toucher, pratiqué par un doigt exercé, la vue, secondée par le speculum, la feront aisément reconnaître.

Le doigt reconnaît sur les lèvres du museau de tanche ou jusque dans l'intérieur de son orifice, un, deux, trois ou un plus grand nombre de petits corps allongés, pédiculés et dont le volume varie depuis celui d'un pois jusqu'à celui d'une fève de haricot. Ils saignent au moindre contact.

Au speculum, on trouve le col et le museau de tanche rouges, dilatés et remplis par ces petites tumeurs qui y prennent leur insertion.

D'après Dupuytren, c'est une affection très-fréquente et souvent méconnue. La seule indication qu'elle présente, c'est l'enlèvement des végétations qui la constituent. Cette opération n'est pas aussi prompte que le ferait croire le peu de profondeur de la localité, qui permet à l'œil et aux instruments un accès facile; l'extrême petitesse de ces corps empêche de les saisir et de les enlever en totalité. La malade est couchée sur le dos, les cuisses écartées comme pour la taille. Si l'abaissement du viscère, augmenté par des efforts d'expulsion et de pression sur l'hypogastre, fait descendre le museau de tanche à l'entrée du vagin, on a alors le mal sous la main, et l'extirpation en est plus aisée; mais en général l'emploi du speculum est nécessaire : une fois qu'il a embrassé le col, on absterge soigneusement, on saisit les polypes avec des pinces à mors très-déliés, et on les coupe avec des ciseaux fort allongés, le plus près possible de la surface utérine. Si quelques-uns d'entre eux se dérobent par leur exiguïté à l'action des instruments, ou si l'on aperçoit à l'intérieur du col de la matrice de petits *soulèvements* (Dupuytren), propres à indiquer l'existence de germes, de morceaux de polypes, on devra cautériser la surface avec un cône de nitrate d'argent fixé sur un porte-caustique. Il n'est pas, disait l'auteur que nous venons de citer, de maladie qui cause plus de tourments aux femmes et plus de recherches pénibles aux médecins; il n'en est pas aussi contre laquelle l'art possède des secours plus efficaces, dans laquelle les malades passent en moins d'instants d'un état fâcheux en apparence, à une santé plus parfaite.

Il suffit, pour maintenir la guérison, de ne pas oublier de pratiquer de temps en temps quelques évacuations sanguines pour suppléer celles que la guérison a supprimées, et que l'habitude avait pour ainsi dire rendues normales.

L'âge adulte, la vieillesse et la jeunesse, tel est l'ordre de fréquence de l'affection. Chez une personne de dix-huit ans, il fallut déchirer la membrane hymen pour porter le doigt d'abord et ensuite le speculum jusqu'au col de la matrice, où existaient des polypes rouges, celluleux et vasculaires, source continuelle d'écoulements sanguins et fétides dont elle fut débarrassée en quelques secondes, et dont les effets disparurent à l'instant (Dupuytren, *Leç. oral.*, t. IV, p. 370).

« Madame F...., âgée de trente ans, place Saint-Michel, mariée depuis dix ans, et n'ayant jamais eu d'enfant, éprouvait depuis plusieurs années des douleurs à la matrice, avec tiraillements dans les aines et pesanteur au fondement. Cette malade avait des écoulements en blanc et en rouge tellement abondants, qu'elle était obligée de se garnir. Divers médecins avaient été vainement consultés, et leurs soins longtemps continués, n'apportèrent aucun soulagement à son état. Madame F...., désirant voir cesser cette indisposition, qu'elle croyait avec quelque raison s'opposer à ce qu'elle eût des enfants, M. le docteur Jacquemin fils l'adressa à M. Dupuytren. Tous deux l'ayant touchée et examinée ensuite au speculum, constatèrent l'existence d'un grand nombre de petits polypes rouges, vasculaires, ramassés en grappes et remplissant le col de la matrice; ils y furent enlevés à l'aide de ciseaux, et la plaie occupée par leurs pédicules fut cautérisée avec un cylindre de nitrate d'argent monté sur un porte-caustique. Il ne survint aucun accident; les écoulements, les douleurs cessèrent, cette malade, qui n'avait pas encore eu d'enfants, devint enceinte deux mois après l'opération, et accoucha à terme d'un enfant bien portant.» (Marx, *Thèse.*)

Terminons en disant que les polypes muqueux et fibro-celluleux prennent racine à l'extérieur du col, qu'on a observé sur le museau de tanche un bourrelet fibreux, annulaire, véritable polype qui semblait prolonger le col. Enfin on a observé des végétations syphilitiques

qui s'y sont montrées avec leurs caractères ordinaires. (Ricord, *Mémoires de l'Académie de médecine*, t. II.)

ARTICLE XIV.

Cancer du col de la matrice.

Après toutes les recherches dont il a été l'objet, le cancer du col utérin est encore une des questions les plus difficiles et les plus obscures de la chirurgie. Bien que l'organe soit à la portée du doigt, et que le speculum, en le rendant accessible à l'œil, l'ait en quelque sorte déclassé et rangé au nombre des parties externes, nous le répétons, malgré toutes ces conditions d'un facile examen, la plupart des points les plus importants de la maladie sont encore obscurs. Certes nous rendons justice aux louables efforts qui ont été tentés pour les éclaircir; mais peut-on dire que le but ait été atteint? Sans doute les travaux de Boivin, Dugès, de MM. Lisfranc, Duparcque, ont jeté une lumière réelle sur ce sujet; mais outre que tous laissent au praticien bien des difficultés insolubles, les uns n'ont-ils point trop morcelé sa description, n'en ont-ils point trop éparpillé les éléments, et l'autre ne les a-t-il point trop confondus? Dire que des auteurs pareils n'ont pas tout à fait réussi, c'est seulement faire juger la nature des obstacles contre lesquels ils avaient à lutter. Ici il faut de toute nécessité se reporter à ce que nous avons dit, en commençant l'article cancer de la matrice en général.

Causes du cancer du col de la matrice. Si l'on ne sait rien de précis sur les causes qui président en général au développement de cette lésion organique, l'étiologie n'en est pas plus avancée ici qu'ailleurs. Ce qu'il y a de moins contestable c'est le rôle de l'hérédité; tous les auteurs l'admettent : la plupart d'entre eux placent aussi la plus grande fréquence du cancer utérin vers l'âge critique, tandis que selon M. Lisfranc, c'est de dix-huit à trente-cinq ans que les femmes courent le plus de dangers sous ce rapport. On a indiqué l'abus du coït, surtout quand des lésions préexistantes en prescrivaient l'abstinence absolue; de mauvaises habitudes, la présence d'un pessaire dans le vagin, les avortements provoqués, d'autres affections du museau de tanche ou négligées ou mal traitées, la suppression des règles, etc. Nous ne nions point l'influence de ces conditions diverses; mais il faut bien avouer que le plus souvent la cause réelle du cancer reste inconnue.

Caractères anatomiques du cancer du col de la matrice. L'altération revêt des aspects tellement divers, qu'on ne saurait quelle méthode adopter pour les exposer tous d'une manière satisfaisante. Ce qui ajoute encore à l'embarras, c'est qu'une production accidentelle qui est un carcinome pour certains médecins, ne l'est pas pour d'autres. Pour aborder ce côté de la question, nous allons suivre la marche qui consiste à prendre le mal dans les principaux états où il se présente au lit du malade.

Les cancers du col utérin se divisent d'abord en deux grandes catégories : les uns se dessinent en creux et les autres en relief. Les premiers, c'est-à-dire ceux qui débutent par une excoriation du tissu de l'organe, tantôt résultent de la dégénérescence d'une ulcération primitivement simple; tantôt se montrent d'emblée avec leurs fâcheux caractères. Les derniers, ceux qui se manifestent par un relief, se séparent en deux groupes : dans l'un il n'y a pas de tumeur à proprement parler, mais de la tuméfaction, une sorte de gonflement général mal limité; dans les autres, l'affection se présente sous l'aspect de masses bien détachées, de véritables tumeurs de forme et de volume variables.

Nous savons bien qu'on aurait pu suivre une autre marche et traiter en deux paragraphes de l'*encéphaloïde* et du *squirrhe;* mais outre que ce plan n'eût point embrassé tous les faits, il nous semble trop peu pratique. En parlant du cancer de l'utérus en général, nous avons signalé l'impossibilité d'employer une pareille division.

Nous allons donc entrer dans le sujet en nous conformant à l'ordre que nous avons indiqué.

§ 1. Cancers qui se dessinent en creux.

MM. Andral, Vidal de Cassis et Lisfranc surtout reconnaissent qu'une ulcération

simple peut dégénérer en cancer, et cette transformation s'annonce par l'induration de la base de la solution de continuité, qui gagne en profondeur et en largeur ; ses bords se renversent, deviennent plus ou moins fongueux et saignants ; son fond est grisâtre, des végétations peuvent s'en élever et toute sa surface sécrète, au lieu d'un mucus à peine altéré, une sanie fétide et irritante.

D'autres fois, il se manifeste simultanément un engorgement et un ulcère qui présentent d'emblée la plupart de ces caractères ; M. Lisfranc cite même des cas où la solution de continuité de mauvaise nature aurait été en quelque sorte primitive. Ce signalement de l'ulcère, dont les traits sont cependant nettement exprimés, ne suffit pas pour en fixer le diagnostic d'une manière définitive. D'après MM. Lisfranc et Duparcque c'est principalement l'ulcère syphilitique qui prend de la manière la plus trompeuse les apparences du cancer. Dans ces cas douteux le traitement est la pierre de touche.

§ 2. Cancer en relief.

1° Tantôt il existe à l'état de tuméfaction vague, soit qu'il succède à un engorgement chronique d'une ou des deux lèvres du museau de tanche, soit que le squirrhe ou l'encéphaloïde ait d'emblée envahi cet organe ; tantôt et plus rarement il débute par une petite masse dure, isolée, parfaitement distincte, dont les progrès s'annoncent par une augmentation de volume et par l'ulcération. Avant cette période, si l'encéphaloïde ne peut pas se confondre avec le tissu utérin simplement induré, il n'en est plus de même du squirrhe. Écoutons M. Duparcque : « Le *squirrhe* se caractérise par la couleur blanche, avec teinte bleuâtre ou grisâtre de son tissu, qui est demi-transparent, très-dur, très-résistant, et criant sous l'instrument qui le divise. Selon la disposition alvéolaire ou rayonnée de sa trame, et sa couleur plus ou moins blanche, il présente l'aspect du marron, du navet, des cartilages ou des ligaments intervertébraux. Ordinairement on ne trouve dans sa composition que peu ou point de traces du tissu propre à l'organe au milieu duquel cette altération s'est développée.

» Dans l'engorgement par *induration*, récent, le tissu qui le compose et qui offrait sur le vivant une dureté analogue à celle du squirrhe, est, sinon ramolli, du moins souple ; la couleur du tissu qui en est le siége a seulement pâli : on distingue encore assez facilement ce tissu dont les fibres ne sont qu'écartées par la présence d'une matière fibro-albumineuse plus ou moins concrète et que l'on peut parfois exprimer par la pression ou le grattage, surtout après une macération de quelques jours. Il semblerait qu'ici il y a seulement mélange du produit de la phlegmasie chronique et du tissu de l'organe, tandis que dans le squirrhe il y avait une sorte de combinaison qui donne à l'altération un aspect plus homogène. A mesure que l'induration devient plus ancienne, les différences anatomiques qui la distinguent du squirrhe diminuent et s'effacent ; le tissu de l'organe s'affaisse et disparaît, la matière infiltrée devient de plus en plus concrète, et en passant à une sorte d'état cartilagineux, elle prend la couleur plus grise et la teinte plus transparente qui caractérisent l'état squirrheux. Voilà encore une des raisons pour lesquelles sans doute beaucoup de pathologistes considèrent ces deux états, l'*induration* et le *squirrhe* comme deux degrés seulement de la même maladie. » (Tome I, p. 344.)

Il est encore une espèce de cancer qui n'est ni le squirrhe ni l'encéphaloïde, ou qui serait si l'on veut la première période de ce dernier tissu, c'est ce que M. Duparcque appelle le cancer sanguin. Son siége de prédilection est le col utérin qui devient « violacé, d'une mollesse remarquable et d'autant plus prononcée qu'on se rapproche plus du centre, c'est-à-dire de l'orifice ; qui donne au doigt qui le comprime un sentiment prononcé de crépitation et laisse écouler un sang noir, grumelé, mêlé de caillots plus ou moins volumineux : plus tard on y découvre de la matière encéphaloïde (Duparcque, p. 418). » Cet auteur partage donc cette opinion que le cancer sanguin est le premier degré de l'encéphaloïde. Comme les autres formes, il est borné au col ou empiète sur le corps de la matrice.

Quant au cancer qui constitue de véri-

tables tumeurs, il est variable par sa composition comme par sa forme; tantôt c'est un champignon qui ne tient au col de l'utérus que par un pédicule assez étroit. Il est inséré à l'extérieur du col ou dans la cavité dont il est sorti en dilatant l'orifice. Sa surface est ordinairement lobulée et de consistance molle (fongus); tantôt assez ferme (champignon carcinomateux). En certain cas, c'est une sorte de grappe, composée de grains mous et saignants; ou bien encore ce sont comme des lanières terminées par de petites tumeurs, des franges à nœuds, qui bordent, comme une fatale couronne, l'orifice utérin. Alors la destruction du col, ordinairement peu douloureuse marche assez vite.

On a encore rencontré deux variétés de cancer *en relief* et qui tiennent le milieu entre l'altération accompagnée seulement de gonflement vague et celle dont une tumeur forme un des caractères les plus saillants; ce sont le *squirrhe rampant* de M. Duparcque et le *cancer sec* de M. Lisfranc. « J'ai observé des cancers utérins, qui, à une époque avancée de leur développement, s'accompagnaient de rétrécissement du vagin produit par l'épaississement et l'induration de ses parois sous forme de bourrelets, d'élevures allongées, de brides squirrheuses. Je les attribuais avec les auteurs qui ont indiqué cette disposition, à l'extension de l'altération cancéreuse du col utérin, laquelle, dans ses progrès, envahissait le vagin, et venait apparaître jusqu'aux parties extérieures de la génération. J'ai pu en effet suivre cette marche dans plusieurs cas. Mais depuis, quelques faits observés dès les prémices de leur existence, m'ont fait voir qu'une marche contraire pouvait avoir lieu. C'est par le vagin que l'altération commençait. Elle se manifestait par des élevures allongées, inégales, irrégulières, indurées, bornées d'abord à un point limité du conduit vaginal, l'envahissant progressivement et en déterminant le rétrécissement. Je ne saurais mieux comparer cette altération qu'à celles que l'on a observées sur la peau et qui consistent en des élevures allongées, blanchâtres ou rosées et offrant l'aspect de cicatrices plus ou moins récentes de brûlures, ou de plaies dont la cicatrisation ne se serait opérée que par-dessus le développement surabondant de bourgeons celluleux. » (Duparcque, *ibid.*, p. 428.) Il paraîtrait cependant aux exemples rapportés par l'auteur que c'est par le vagin que ce cancer serpigineux débute le plus souvent.

Voici comment s'exprime M. Lisfranc sur le *cancer sec* : « Le cancer sec, sans exsudation purulente pour ainsi dire, et présentant à sa surface des escarres en quelque sorte cornées, se rencontre quelquefois sur l'utérus, comme sur la face et sur le sein, etc. Quoique très-profond et même incurable à cause de sa grande étendue, il est presque toujours indolent ou peu douloureux; j'en ai observé quelques-uns : ils offraient tous l'un de ces deux caractères; il n'y avait pas de leucorrhée ni perte rouge; la constitution et la santé générale des malades semblaient s'être soustraites à l'influence de l'affection morbide que j'ai toujours vue jusqu'aujourd'hui marcher avec une excessive lenteur. » (*Clinique chirurgicale de la Pitié*, t. III, p. 605.)

Le même chirurgien a rencontré la substance colloïde et mélanique au col utérin, ainsi qu'il a pu le vérifier par l'autopsie.

Une remarque pratique d'une haute importance, c'est qu'en général l'affection cancéreuse est parfaitement limitée, et que, sur un très-grand nombre d'ouvertures cadavériques, M. Lisfranc n'a jamais trouvé la totalité de l'organe envahie; ce que la lésion de mauvaise nature avait respecté, était seulement le siége d'une hypertrophie avec induration, ou d'hypertrophie simple. Bayle avait aussi observé depuis longtemps que le cancer de la matrice avait beaucoup moins de tendance que les autres à se généraliser, et que rarement les ganglions voisins participaient à l'affection. M. Lisfranc est arrivé au même résultat.

L'ulcération, qui est le commencement des deux premières formes que nous avons étudiées, est la terminaison possible de toutes les autres; c'est alors seulement que se dessine le vrai caractère de certains engorgements qui n'avaient encore paru que suspects. Car, bien que des ulcérations simples ou des ulcères syphi-

litiques aient de la ressemblance avec le cancer à sa dernière période, ce ne sont là, il faut en convenir, que de fort rares exceptions; et puis d'ailleurs, le chancre vénérien procède de la surface vers les parties profondes, tandis que l'ulcère qui résulte de la rupture d'un engorgement carcinomateux suit une marche inverse, et la sanie mêlée de détritus qui s'en écoule et les vives douleurs qui signalent ordinairement cette époque (Lisfranc), ne souffrent pas la moindre hésitation. Cette ulcération à bords sanieux, saignants et renversés, à fond grisâtre, suit une marche dont la rapidité dépend et de la nature du cancer et de la constitution de la maladie. L'affection dans ses progrès peut gagner le corps de la matrice, perforer la vessie, le rectum, et placer ainsi la femme dans la position la plus déplorable.

Symptômes du cancer du col de la matrice. Le début est souvent insidieux; quelques dérangements dans les règles, des flueurs blanches, des douleurs et des pesanteurs dans le bassin, du tiraillement dans les aines, et cependant derrière ce cortége de symptômes légers marche une affection qui menace la vie. Les accidents sont si peu marqués alors, si nuls pour ainsi dire, que les femmes du monde ne sont guère averties du danger auquel elles sont exposées, que par les exemples qui ont frappé leurs yeux ou leurs oreilles, et que les malades des hôpitaux n'y arrivent trop fréquemment que lorsque la lésion est au-dessus des ressources de l'art. Voici un de ces cas perfides :

Obs. 1. « Mme Elise F., née en Belgique d'un père français, présentait un mélange du tempérament lymphatique si commun au pays qui l'a vu naître et que présentait sa mère, et du tempérament nervo-sanguin paternellement héréditaire. Pubère à dix-sept ans, elle fut presque en même temps affectée de flueurs blanches. Mariée à un homme ami du plaisir, sa seule occupation, son seul but, toute son existence, elle fut entraînée dans une vie agitée, irrégulière; elle eut à supporter des alternatives de bien-être et de misère, dans laquelle elle tomba définitivement après plusieurs rechutes; sa santé générale n'en parut cependant pas souffrir; sa constitution même sembla se fortifier de cette lutte incessante de bien et de mal, de jouissances et de privations. Elle eut cinq enfants, dont un rachitique. Arrivée à l'âge de vingt-huit ans, elle eut un avortement accidentel à trois mois de grossesse. Depuis, ses règles devinrent moins abondantes, mais son ancienne leucorrhée acquit de l'intensité. Elle était alors fixée à Bordeaux, où les événements de 1814 l'avaient forcée de se réfugier. Dans un voyage qu'elle fit à Paris en 1824, je trouvai le col utérin un peu tuméfié, mais sans duretés; l'orifice me parut comme inégal, ramolli; au speculum, je constatai une exulcération superficielle. Je donnai des conseils qui ne furent pas suivis. En 1830, une nouvelle inspection me montra les choses absolument dans le même état. Rien même dans la santé générale ne faisait soupçonner l'imminence de l'horrible maladie qui, plus tard, devait se manifester et conduire cette malheureuse femme au tombeau. On eût pu probablement la prévenir; mais, soit insouciance, négligence, ou la faute des circonstances, la malade ne voulut ou ne put se soigner. En 1830, elle était âgée de quarante ans; elle m'écrivit que sa position était toujours la même, sans aggravation cependant; mais que ses règles devenaient plus abondantes et un peu plus prolongées depuis quelques mois, et que se rappelant les craintes que je lui avais autrefois inspirées pour l'engager à se soigner, elle commençait, maintenant qu'approchait l'âge de retour, à en concevoir de sérieuses. Elle vint aussi se fixer à Paris, dans le courant même de l'année. La leucorrhée était très-abondante, sans odeur spéciale, souvent sanguinolente. Le col utérin était tuméfié, mollasse à son centre, dur à la circonférence; cette dureté se prolongeait avec une proéminence marquée à la face postérieure de l'utérus. Néanmoins, rien encore de particulier dans l'état général. La malade avait conservé sa force, son embonpoint, sa fraîcheur remarquable. J'espérais beaucoup d'un traitement rationnel. Mais à peine était-il commencé, qu'elle fut forcée de faire un voyage à Bordeaux pour surveiller et terminer des affaires relatives à la mort récente de son mari.

Elle y séjourna quatre mois, pendant lesquels elle dut encore se négliger. A son retour, son habitude extérieure portait déjà le signe d'une cachexie cancéreuse, marquée par la pâleur particulière de son teint, la mollesse de ses chairs, l'altération de ses traits; des pertes fréquentes étaient survenues dans l'intervalle; une sérosité, tantôt grisâtre, tantôt sanguinolente, l'inondait sans cesse. L'orifice utérin était large, béant, ou plutôt remplacé par un vaste et profond ulcère, à bords et à fond inégaux, anfractueux, exhalant une odeur cancéreuse *sui generis*: le col, effacé et confondu avec le corps de la matrice, était dur, bosselé, inégal; bref, il existait un ulcère cancéreux trop avancé maintenant pour permettre le plus léger espoir de succès d'un traitement quelconque. La mort arriva quelques mois plus tard. » (Duparcque, *Traité des maladies de la matrice*, t. I, p. 435.)

Ainsi, ajoute l'auteur, une affection utérine a pu persister à l'état simple pendant près de quatorze ans, et malgré les circonstances les plus défavorables; l'âge de retour arrive, et, en quelques mois, elle prend un caractère grave et une marche rapide vers une fâcheuse terminaison, etc.

Il y a, ce nous semble, dans l'histoire de ce cancer un autre enseignement que la lésion simple qui l'a pendant longtemps précédé; il y a les progrès latents de l'altération de mauvaise nature, altération qui était localement arrivée à un très-haut degré, sans que les forces et la fraîcheur, sans que la santé générale s'en ressentissent, et que la malade ouvrît les yeux sur le danger si prochain, moins à cause du léger dérangement de ses règles que par le souvenir des paroles du médecin. Il sera donc très-important, dès que la moindre circonstance donnera l'éveil, de s'assurer, à l'aide du doigt et du speculum, de l'état du col utérin. Quelque sacrifice qu'il en coûte à la pudeur, peut-on balancer le désagrément d'un examen inutile avec le grave inconvénient de son omission quand il est nécessaire? Le chirurgien serait alors inexcusable de ne pas apporter une insistance invincible, car s'il est vrai que l'origine du carcinome puisse être sourde, il ne l'est pas moins qu'elle se révèle toujours par quelque phénomène, et si elle échappe au vulgaire, elle doit être saisie, surprise par l'œil de l'observateur. « Il n'est malheureusement pas rare de voir un grand nombre de femmes chez lesquelles le cancer utérin est devenu incurable sans qu'on ait même soupçonné l'existence de cette maladie; est-il bien vrai qu'elle est quelquefois entièrement latente? L'idée seule de l'affirmative suffirait pour porter l'épouvante et l'effroi dans toutes les familles; mais qu'on se rassure, il n'en est point ainsi; je m'en suis convaincu; sur des milliers de personnes que j'ai observées, je n'en ai pas vu jusqu'aujourd'hui une seule dont l'affection utérine ne s'accompagnait pas de quelque symptôme très-appréciable, etc. » (Lisfranc, *ibid.*, p. 612.)

Passons à l'examen particulier des symptômes par lesquels peut se trahir la présence de cancer.

La *menstruation* est presque constamment troublée, augmentée, plus rarement diminuée ou supprimée: irrégulière à des époques rapprochées et pouvant se changer en une véritable métrorrhagie. Les malades sont, comme elles le disent, toujours dans le sang. Ce liquide qui peut venir de sa source normale, la cavité utérine, peut s'augmenter et s'augmente de celui qui s'échappe du cancer. La sécrétion du mucus utérin est toujours plus ou moins profondément altérée; avant l'ulcération, ce sont les flueurs blanches avec toutes leurs variétés; après l'ulcération, et même quelquefois auparavant, c'est cette sanie fétide, d'une odeur si pénétrante, si infecte et si particulière, odeur pathognomonique comme celle de la gangrène, et qui s'attache au doigt explorateur avec une force désespérante. Joignez à cela que le liquide leucorrhéique ou sanieux alterne ou se mêle avec le sang, et vous aurez une idée de cet écoulement, quelquefois très-abondant, qui constamment mouille et mine la malade.

La *douleur* n'est pas un symptôme constant: elle présente même le contraste des deux extrêmes: nulle ou atroce. Il est des femmes qui meurent sans douleurs et d'autres qui meurent de douleurs. Ce n'est pas là de l'exagération, ce sont deux

faits cliniques, rares tous deux, mais le premier l'est malheureusement le plus. Dans les cas ordinaires, il y a souffrance, non pas vers les reins, comme le disent les malades, mais vers le sacrum (Marjolin), dans le bassin, dans les aines, et quelquefois la douleur s'irradie le long du membre inférieur jusqu'au pied (Lisfranc); enfin au siége du cancer, elle peut être *lancinante*. Mais de même que la douleur peut manquer au cancer, il arrive aussi que le caractère lancinant manque à la douleur cancéreuse, et ce qui fait encore perdre du prix aux élancements, comme éléments de diagnostic, c'est qu'ils s'observent dans des affections nullement cancéreuses, dans certains engorgements simples du col utérin par exemple; c'est l'opinion de MM. Lisfranc, Duparcque, et de la plupart des chirurgiens. Ces douleurs, quelles qu'elles soient, quand elles existent, sont ordinairement rémittentes, rarement continues, plus rarement encore périodiques, et alors le sulfate de quinine en fait justice; la fatigue et les impressions morales les exaspèrent, et les écoulements sanguins les diminuent. Il est des femmes chez lesquelles, après avoir persisté pendant longtemps avec une atrocité effrayante, après avoir arraché des cris perçants, produit des convulsions, le désespoir, des états ataxiques pendant cinq ou six jours, et fait désirer cent fois la mort, elle cessait presque tout à coup et spontanément pour ne reparaître qu'au bout de cinq à six semaines. Pendant ce répit, le calme revient jusqu'à un certain point; les fonctions et la santé semblent se rétablir; mais presque toujours un nouvel orage, éclatant avec plus de violence que jamais, vient détruire toute illusion. On a remarqué qu'au développement des fongosités elles pouvaient diminuer, et disparaître même pour ne plus se montrer (Lisfranc). Est-il besoin de dire que le coït augmente ces douleurs? Chose remarquable, c'est que, tout irritants qu'ils sont, les liquides qui parfois en émanent, et qui excorient la peau du haut des cuisses, n'ont jamais rien communiqué au mari (Lisfranc).

Pour ce qui a trait à l'état des parties, qui ont des rapports directs ou indirects avec la matrice cancéreuse, nous renvoyons à ce qui a été dit à l'article qui traite du cancer de l'utérus en général.

Le toucher et l'application du speculum font constater les caractères que nous avons décrits avec détails en exposant l'anatomie pathologique de la lésion et dans notre article cancer de la matrice en général: l'ulcère primitivement ou consécutivement cancéreux ou suspect, l'engorgement de même nature, squirrheux ou encéphaloïde, dur ou ramolli; les tumeurs diverses, et le squirrhe rampant; et dans la dernière période, des ulcérations, des végétations, un écoulement leucorrhéique sanguinolent, mêlé de détritus cancéreux, etc.

La marche du cancer du col est lente en général, quand il est constitué par le squirrhe, rapide, quand c'est l'encéphaloïde, mais offrant des variétés, dont les unes s'expliquent par la constitution, les autres par des accidents, tels que l'hémorrhagie foudroyante, et d'autres qui ne s'expliquent pas. D'après M. Tanchou, c'est de 50 à 60 ans que la terminaison fatale serait la plus commune (*Mémoire sur la fréquence des cancers*).

Le cancer du col utérin, malgré ses variétés offre cependant une marche essentiellement chronique. Il est fâcheux que M. Tanchou n'en indique pas la durée moyenne dans son important travail.

Les causes ordinaires de la mort sont l'extension du cancer au corps utérin, l'hémorrhagie, la diathèse cancéreuse et la douleur.

Diagnostic du cancer du col de la matrice. Nous avons vu combien l'ulcère cancéreux est difficile, nous avons presque dit impossible à distinguer de l'ulcère rongeant simple ou syphilitique. Voici un fait qui ne laisse pas de doute à cet égard :

« Une dame de vingt-cinq ans, grande, bien constituée, d'un tempérament utérin, devint enceinte pour la première fois au mois de juin 1820. Peu de temps après son mari lui communiqua une blennorrhagie, qui d'abord négligée entièrement, fut très-intense; les parties externes de la génération s'enflammèrent, et il y survint des ulcères. Alors seulement on s'avisa d'avoir recours à des remèdes.

Les tisanes mucilagineuses et la liqueur de Van-Swieten furent mises en usage, interrompues bientôt après à cause de la douleur que cette dernière détermina, et reprises ensuite pour être encore discontinuées et reprises. Sous l'influence de ce traitement mal dirigé, la maladie s'amenda un peu. A l'époque des couches, tout traitement fut mis de côté; l'accouchement se fit facilement, et les petits ulcères qui étaient aux parties externes de la génération disparurent (l'enfant fut mis en nourrice).

» L'écoulement blennorrhagique changea de nature après les couches; il devint plus épais, glaireux et moins abondant qu'auparavant.

» Le 1er juillet 1821, cette dame avait beaucoup maigri; mais son teint n'avait guère perdu de son éclat; elle se plaignait de douleurs dans le bas-ventre, les reins et la partie interne des cuisses, principalement de la gauche; la nuit elle ressentait des douleurs insupportables dans les membres; l'estomac faisait mal ses fonctions depuis le traitement dont il a été question; il rejetait souvent les aliments, il était le siége de douleurs parfois insupportables. Les règles, par leur irrégularité, pouvaient être considérées comme de petites pertes. Par le toucher je trouvai le vagin très-chaud, le col de la matrice à la place ordinaire, mou, gros, très-insensible, ulcéré du côté gauche; le fond de l'ulcère était granuleux; les douleurs que je causais avec un doigt se propageaient aux lombes et à la partie interne de la cuisse gauche. J'examinai ensuite cette partie avec le speculum utérin. Le col, dans sa partie saine, avait sa couleur naturelle; à sa partie latérale gauche existait un ulcère de la largeur d'une pièce de un franc. Son fond était jaune, inégal, et les granulations qu'on y remarquait semblaient recouvertes par une membrane lisse; les bords de l'ulcère étaient un peu élevés, rouges; un cercle d'un rouge moins vif s'étendait sur la partie saine. L'aspect de cet ulcère, les douleurs des lombes et des cuisses tendaient à me faire penser comme plusieurs médecins que la malade avait consultés avant moi, que j'avais affaire à un cancer du col de la matrice. Mais les douleurs ostéocopes et les circonstances que j'ai rapportées en commençant ramenaient mes idées vers l'existence du virus syphilitique. L'irritation de l'estomac ne me permettant pas de donner la liqueur de Van-Swieten, je proposai les frictions avec la pommade mercurielle, mais la malade s'y refusa, disant qu'elle ne consentirait jamais à l'usage du mercure, parce qu'elle savait que sa maladie était incurable. Je n'insistai pas; mais, sans la prévenir, j'imaginai de porter le sublimé corrosif dans l'économie par la peau, au moyen de frictions faites avec une solution aqueuse de ce sel. Comme les frictions n'ont rien de dégoûtant, je persuadai facilement à la malade de les faire sur les jambes afin de calmer les douleurs; elle y consentit, et je fis employer chaque jour un grain de sublimé dissous dans trois gros d'eau distillée. Quinze jours après, les douleurs ostéocopes étaient calmées; je fis continuer en augmentant de temps en temps la dose de ce sel, et je parvins à la porter à deux grains par jour.

» Après un mois de traitement, la cuisse et la jambe du côté gauche enflaient considérablement le soir; je fis discontinuer les frictions pendant quinze jours, et je les fis reprendre ensuite, quoique l'enflure du membre gauche continuât à se montrer le soir. Après trois mois et demi de ce traitement, l'enflure des jambes et les douleurs de toute nature avaient complétement disparu; l'écoulement qui se faisait par la vulve et l'ulcère de la matrice étaient diminués de beaucoup. Six mois après, c'est-à-dire en avril 1822, je trouvai l'ulcère presque entièrement cicatrisé, quoique la continence que j'avais prescrite n'eût pas été observée. Enfin, aujourd'hui, deux ans après le commencement du traitement, cette dame est parfaitement guérie d'une maladie que quelques médecins croyaient incurable. » (Meirieu, *Nouvelle bibliothèque médicale*, 1823, t. III, p. 69.)

M. Lisfranc abonde aussi dans ce sens; il a vu des ulcères, très-étendus en profondeur et en largeur, à fond grisâtre et sanieux, à bords renversés et même avec des élancements; dans les cas qui offraient l'apparence complète du cancer il a vu des guérisons parfaites obtenues

par des cautérisations légères ou même sans nul moyen thérapeutique, et sans qu'il y ait eu de gangrène, c'est-à-dire que la cicatrisation était spontanée.

En outre les engorgements cancéreux, durs ou mous, ont encore des signes moins décisifs, plus obscurs, et l'on a pris de simples gonflements chroniques pour un de ces cas, et des cols utérins ont été abattus dans cette vue. Avant la rupture de l'engorgement cancéreux il est presque impossible d'établir un bon diagnostic; après la rupture, si l'on n'y assiste pas, si l'on n'a pu constater l'état des parties, il reste encore du doute.

Enfin la nature des tumeurs cancéreuses n'est pas non plus toujours saisissable; « Il est quelquefois très-difficile, s'il n'est pas impossible, de distinguer les polypes utérins mollasses, saignants, ulcérés, des végétations, du fongus, des champignons fournis par les ulcérations carcinomateuses de la matrice; ces ulcérations carcinomateuses existent d'ailleurs dans certaines circonstances en même temps que les tumeurs polypeuses; elles se sont établies, soit préalablement, soit consécutivement au développement de ces tumeurs; heureusement que dans tous les cas l'indication est d'enlever le mal par l'opération, s'il n'est pas trop étendu; j'ai souvent montré les grands avantages de ce précepte à ma clinique de l'hôpital de la Pitié. » (Lisfranc, t. III, p. 622.)

La teinte jaune de la peau, la maigreur, la flaccidité des tissus, la fièvre erratique, les grands troubles qu'on observe dans les fonctions du canal intestinal, etc., peuvent appartenir aux ulcérations simples. (Lisfranc.)

Mais en supposant même la nature du mal bien déterminée, resterait encore un point aussi difficile qu'important, c'est d'en préciser les limites; il faut savoir si son extension ne repousse pas l'emploi de l'instrument tranchant. Nous reviendrons du reste sur ce point.

Pronostic du cancer du col de la matrice. Le cancer du col utérin est il susceptible d'une guérison spontanée? M. Lisfranc l'affirme et M. Duparcque a écrit sur ce sujet une page que nous devons transcrire, bien que les faits qu'elle contient ne se rapportent pas entièrement à notre sujet.

« Quelques faits semblent mettre hors de doute la guérison spontanée des cancers confirmés sans destruction de la partie qui en est le siége, et indiquer par quel mécanisme ces résolutions s'opèrent. Nous avons cité un fait d'engorgement de l'utérus qui paraissait offrir les caractères assez tranchés de l'affection squirrheuse, et dont la résolution s'opéra en grande partie sous l'influence du marasme général, conséquence d'une gastro-entérite chronique. Toute autre affection aiguë ou chronique amenant l'amaigrissement ou le marasme peut avoir les mêmes résultats. On aura surtout remarqué cet autre fait bien plus extraordinaire d'un énorme cancer ulcéré de la mamelle disparu en quelques jours à l'occasion d'une paralysie qui avait frappé le côté correspondant du corps.

» De tous ces faits on peut conclure rigoureusement que la diminution de la nutrition générale peut s'étendre jusqu'aux produits ou tissus de nouvelle formation, qui constituent les affections cancéreuses; d'où l'on a établi très-rationnellement, 1° qu'il y a indication des traitements débilitants, comme émissions sanguines, régime sévère, etc., 2° que la suspension de l'influence nerveuse ou de l'innervation, non-seulement arrête le développement de l'altération, mais semble remettre les tissus qui en sont le siége dans les conditions qui sont les plus propres à y rappeler la faculté absorbante, d'où l'indication des narcotiques, etc. » (Duparcque, t. I, p. 449.) Ces principes nous paraissent fondés en général; mais sont-ce bien les antiphlogistiques qui répondent pour les effets à la gastro-entérite chronique? N'est-ce pas bien plutôt par une puissante révulsion que par la débilitation que l'amélioration se produit alors? D'ailleurs pour le pronostic, nous nous en tenons à ce que nous avons dit en traitant du cancer de la matrice en général.

Quoi qu'il en soit au reste de ces guérisons du cancer dues à la nature ou à la médecine proprement dite, ce ne sont que des exceptions d'une extrême rareté, et sur lesquelles le praticien ne doit guère compter. Si toutes les formes de cette affection du col utérin sont redoutables, il y a cependant, sous ce rapport, des

différences entre elles. L'encéphaloïde et le squirrhe sont les plus graves, parce qu'ils ont plus de tendance à se généraliser, et à récidiver. Le fongus l'est un peu moins (Lisfranc, Duparcque); mais celui qui l'est le moins de tous, qui promet une guérison plus prompte et plus radicale, c'est le cancer de transformation, celui qui a débuté par une lésion simple. C'est en quelque sorte un cancer de causes physiques, qui procède de l'extérieur à l'intérieur, qui au lieu d'envoyer des racines dans la profondeur du tissu sur lequel il s'est greffé, s'y étend plutôt en surface et offre à peine une mince couche dure et dégénérée. C'est surtout à cette espèce que s'applique la remarque de Bayle sur l'exacte circonscription du cancer utérin. Il est donc plus facile à détruire, et moins sujet à se reproduire.

Une chose que le médecin ne doit jamais perdre de vue en portant son pronostic, c'est qu'un cancer utérin qui marche assez régulièrement et semble encore laisser espérer cinq ou six mois d'existence peut amener la mort d'une manière brusque, inattendue. La violence des douleurs, de l'hémorrhagie ou du dévoiement peut causer ce fâcheux résultat; il est donc prudent de faire ses réserves et d'en tirer la preuve qu'on doit se défier des événements. (Lisfranc.)

Traitement du cancer du col de la matrice. Prévenir le développement du cancer en traitant convenablement les lésions simples dont la dégénérescence peut le produire; quand il existe, en tenter la destruction, si elle est possible, et si l'on échoue dans ces efforts ou que l'étendue du mal les repousse, en entraver la marche et combattre les accidents; telles sont les indications. Les moyens de remplir la première ont été décrits en leur lieu; il ne nous reste donc plus à nous occuper que du traitement *curatif* et du traitement *palliatif*.

Traitement curatif. Nous avons déjà dit ailleurs qu'il n'y avait pas de moyens curatifs proprement dits. Cependant nous ne devons pas négliger d'indiquer la thérapeutique à laquelle on croit le plus, et pour cela nous ne la donnerons pas dans son application à toutes les formes prises en masse; pour être plus pratiques, nous nous attacherons à distinguer les cas.

1° *L'engorgement cancéreux*, qu'il soit encéphaloïde ou squirrheux, se combat comme si c'était un engorgement simple, par les antiphlogistiques, la saignée, les injections émollientes, par les astringents, par les narcotiques, etc., suivant la nature des symptômes; parce qu'il est bien reconnu que de deux choses l'une, ou que l'engorgement cancéreux cède à une médication convenable, guérit réellement sans opération, ou qu'un engorgement simple peut se présenter avec l'aspect d'un engorgement cancéreux et guérir de même: deux choses qui se résument en une seule, dans la formule de ce précepte: traiter comme si ce n'était pas un cancer, précepte à l'appui duquel nous allons rapporter une observation intéressante, et qui montrera en action les moyens que nous ne pouvions qu'indiquer.

Obs. 3. « Mme C., âgée de quarante ans, a eu six enfants; après son avant-dernière couche, elle souffrit longtemps du bas-ventre et ressentit des pesanteurs sur le siége. Depuis son dernier enfant qui a maintenant cinq ans, les douleurs ont récidivé; les règles ont diminué en quantité; des élancements fréquents dans la région sacrée, un sentiment presque continuel de brisement dans les cuisses, des anxiétés produites surtout par la station dans une marche un peu prolongée; l'altération du teint et des traits ont fait des progrès insensibles. La fatigue et les inquiétudes occasionnées par une maladie grave de sa fille aînée ont exaspéré ces accidents. L'accoucheur plusieurs fois consulté a conseillé un pessaire, qui n'a pas été porté, et des moyens insignifiants qu'on a négligés.

» Le 5 mars 1830, je constate l'existence d'un engorgement très-dur du col de l'utérus avec descente de la matrice.

» Je ne puis obtenir de la malade qu'elle reste couchée; habituée à soigner, diriger et surveiller sa petite famille, elle ne peut s'en rapporter à d'autres personnes de ces soins; le mari, de son côté, craint que la diète, les bains et surtout les saignées répétées que je conseille ne produisent une trop grande faiblesse; il désire une consultation. M. Marjolin est choisi; il

reconnut l'engorgement et porta un pronostic beaucoup plus fâcheux que le mien, mais il renferma le traitement dans les limites que j'avais tracées. La malade plus effrayée fut un peu plus docile; elle se soumit, et bientôt l'engorgement laissa à peine quelques traces dans la lèvre postérieure.

» Une saignée était pratiquée quelques jours avant et une autre quelques jours après les règles. Celles-ci dès la troisième époque furent faciles, sans augmentation des accidents et plus abondantes qu'elles n'avaient été depuis longtemps. La malade prenait d'abord des bains de siége, mais, malgré leur température peu élevée, les chaleurs de reins ne diminuaient pas. Les bains entiers parurent produire de meilleurs effets.

» Mme C. se sentant mieux, fit des courses et reprit son ancienne manière de vivre; elle négligea le régime adoucissant que je lui avais prescrit, et au commencement de l'hiver les accidents recommencèrent. Ils cèdent de nouveau au repos et reviennent en mars 1831. La malade, tourmentée alors par des affaires d'intérêt, et irritée d'ailleurs par les motifs les plus légers, a une fièvre cérébrale rémittente, qui combattue par les émissions sanguines, cède définitivement au sulfate de quinine; dès lors le col de l'utérus est revenu à son état naturel, à l'exception d'un petit engorgement tuberculeux et douloureux qui existe à la lèvre postérieure. Il est à craindre que ce noyau ne devienne la source d'une récidive et d'altérations plus profondes, si la malade persévère dans son indocilité.

» Depuis, placée dans des circonstances plus avantageuses, la malade s'est soumise elle-même au repos absolu, au régime, a pratiqué des injections épaisses que je lui avais prescrites autrefois, et, après plusieurs mois de persévérance elle s'est retrouvée dans son état naturel. Il ne reste plus aujourd'hui 20 janvier 1832, aucune trace d'engorgement. — 1838; la santé ne s'est pas démentie et quoique la personne approche de l'âge critique, rien n'annonce d'état morbide en travail du côté de la matrice. » (Duparcque, t. I, p. 318.) M. Lisfranc conseille alors l'iodure de potassium à l'intérieur.

Si, malgré le traitement le mieux dirigé, l'engorgement cancéreux augmente et remonte vers le corps de la matrice, on propose de l'arrêter par l'amputation, si elle est applicable. Nous étudierons plus loin cette question.

Si au lieu de s'étendre l'engorgement s'ulcère, ce sont de nouveaux moyens qu'il faut mettre en usage.

2° *Cancer ulcéré* ou *ulcère cancéreux*. Que l'ulcération soit consécutive à l'engorgement ou qu'elle soit primitive, si elle est nettement caractérisée, peu importe; le pronostic est différent, mais le traitement est le même, c'est-à-dire celui des ulcères simples, seulement avec un peu plus d'énergie. Nous reviendrons peu sur tous ces moyens thérapeutiques déjà décrits avec détail; nous ne donnerons ici que les règles qui doivent présider à l'application du plus actif de tous, à la *cautérisation*. Cet ordre de lésions ne comporte l'emploi du caustique, que dans le cas où le peu de profondeur du mal permet d'en atteindre les limites, sans s'exposer à des inflammations redoutables. Quand la cautérisation ne fait qu'entamer le tissu cancéreux, outre la phlegmasie qu'elle provoque, la marche envahissante du mal s'en accroît rapidement. « Alors, si la cautérisation ordinaire avec le nitrate acide de mercure échoue, on la pratique plus forte; et, à moins de contre-indication, on la répète tous les trois ou quatre jours; j'ai réussi quelquefois en procédant de cette manière. » (Lisfranc, *ibid.* t. III, p. 621.) L'engorgement du corps de l'utérus ou des ovaires, n'a arrêté, dans ce cas, ni Larrey, ni M. Lisfranc, et le succès a répondu à leurs tentatives.

Convenons cependant qu'il est difficile de connaître au juste la nature de ces complications, et que si elle était cancéreuse, on aggraverait le mal. Ce serait sans doute le cas de dire que mieux vaut employer un moyen incertain que de rester dans l'inaction.

On continue les cautérisations, jusqu'à ce que l'ulcération soit complétement détruite; et ce but a été atteint, lorsque la chute de l'escarre découvre des bourgeons cellulo-vasculaires analogues à ceux qui se développent sur les plaies simples; la cicatrisation alors ne se fait guère atten-

dre. L'on doit craindre, au contraire, qu'il ne reste encore du tissu cancéreux, lorsque les points de la surface sont d'un blanc grisâtre et d'une dureté remarquable, au milieu de la souplesse des parties environnantes. (Duparcque.)

Les succès des cautérisations avec le nitrate acide de mercure contre les ulcères cancéreux, ne manquent pas; nous en avons donné des exemples, d'après les auteurs, il est inutile de les multiplier.

La cautérisation avec le fer rouge, que Larrey préconisait, parce qu'il en avait obtenu des guérisons, est employée par M. Jobert. Selon M. Lisfranc, elle agit en aveugle; elle expose à détruire trop et surtout trop peu, et elle provoque des inflammations aiguës, beaucoup plus souvent que l'amputation. Il est entendu que si l'on y avait recours, on l'appliquerait à l'aide d'un speculum peu conducteur du calorique.

3° *Tumeurs cancéreuses.* Cette forme du cancer du col utérin, ne comporte réellement que la ligature ou l'amputation. La ligature avec le serre-nœud en chapelet, serait à tenter dans quelques cas; mais l'amputation est ordinairement préférée. Cette amputation peut ne porter que sur le pédicule de la tumeur, et constituer seulement la simple excision dont on cautérise ensuite la surface, ou comprendre une partie ou la totalité du tissu du col lui-même, et c'est alors une véritable amputation.

Amputation du col de la matrice.

Comme c'est une question qui n'est pas encore jugée, surtout sous le point de vue des indications, nous allons rapporter les opinions des hommes qui s'en sont le plus occupés. Ce sera mettre sous les yeux les pièces du procès, le lecteur décidera.

M. Lisfranc dit : On fera l'amputation :

1° Lorsque la profondeur du mal repousse la cautérisation.

2° Lorsqu'il ne s'étend pas au-dessus de l'insertion supérieure du vagin.

3° Quoique l'existence du carcinome ne soit pas bien constatée, on doit amputer, si la santé générale fléchit tous les jours davantage, et si le mal, sous l'influence des autres moyens thérapeutiques, au lieu de s'amender, menace d'enlever tout espoir de guérison.

Ne sait-on pas, ajoute M. Lisfranc, qu'il est des ulcères non carcinomateux de la jambe, qui, par leur influence extrêmement délétère sur l'économie, exigent le sacrifice de ce membre? Pourquoi les ulcérations simples de l'organe gestateur, et surtout des ulcérations douteuses, quand elles font des progrès malgré la cautérisation elle-même, n'auraient-elles pas cette influence sur la constitution de la femme? L'utérus exerce des sympathies beaucoup plus grandes sur tous les autres viscères.

4° Le gonflement du corps de l'utérus, quand il n'a fait que doubler le volume de l'organe, n'est pas une contre-indication; ce n'est qu'une simple hypertrophie.

5° Si le gonflement, quoique plus considérable, est presque indolent, il n'est pas certain qu'il annonce un cancer, et si les moyens plus doux ont échoué, l'amputation est encore indiquée comme le seul moyen de prévenir une issue promptement fatale. Avant d'entreprendre l'opération, on doit essayer de faire disparaître ou diminuer le gonflement du corps utérin.

6° Ce qui encourage encore à opérer, c'est la circonscription nette du cancer, c'est la rareté de la coexistence de lésion semblable dans d'autres viscères.

7° Ni l'engorgement des ovaires ni ceux des ganglions lymphatiques, ne sont des contre-indications.

8° Quand un viscère est malade, il faut attendre qu'il soit revenu à son état naturel, or il est un organe qui s'affecte sympathiquement au point de simuler une lésion organique, c'est le cœur; nous avons réussi dans un cas où Laennec lui-même avait diagnostiqué une lésion organique de l'organe central de la circulation, dont le trouble disparut après l'amputation du col utérin.

En sorte que M. Lisfranc ne semble admettre qu'une contre-indication, tout anatomique, l'extension du mal au corps utérin.

M. Duparcque résume ainsi ses idées à cet égard : On doit faire l'opération, dans le très-petit nombre de cas où la maladie est 1° limitée au col de l'utérus; 2° est

positivement de nature à ne pouvoir céder aux moyens thérapeutiques ordinaires (tels sont le cancer mou confirmé, le cancer avec fongus hématode, ou excroissances carcinomateuses, l'engorgement essentiellement squirrheux, le cancer ulcéré); 3° et en dernier lieu, quand la marche de l'affection est si rapide et les accidents tels, que la vie des malades menace d'être bientôt compromise. Hors ces cas, il est prudent de temporiser et de tenter la guérison par des méthodes thérapeutiques plus rationnelles, ou du moins de chercher à rendre la maladie stationnaire, ou enfin, à se borner aux traitements palliatifs propres à combattre les accidents alarmants, et à retarder les progrès de l'ulcération (p. 475).

Enfin, M. Velpeau pose et résout ainsi la question de l'amputation.

« Les observations d'Osiander ne furent pas plutôt connues en France, que Dupuytren se hâta d'adopter les idées du praticien de Goëttingue, et de les soumettre à de nombreuses épreuves. M. Récamier ne tarda pas à le suivre dans la même voie; de telle sorte qu'en 1815, l'excision du col de l'utérus était déjà parmi nous une opération vulgaire. Maintenant elle a été pratiquée un si grand nombre de fois et par tant de personnes différentes, qu'il serait tout à fait inutile d'en compter les exemples. Le point difficile est d'en bien préciser les indications. L'allongement par *hypertrophie simple du col* étant une infirmité plutôt qu'une maladie, ne la réclame en aucun cas. Les *excoriations*, les *ulcères*, les *végétations syphilitiques*, n'étant pas incurables de leur nature, la repoussent également. Il en est de même des *indurations*, des *bosselures* non douloureuses, accompagnées ou non de gonflement chronique, qui s'observent si souvent chez les femmes âgées de trente à quarante ans. Ce n'est donc que dans le cas de *dégénérescence cancéreuse* bien caractérisée, qu'il est permis d'y avoir recours. Mais c'est justement ici que se trouve le nœud de la question. En effet, tant que le cancer n'est pas ulcéré ou qu'il ne se présente pas sous l'aspect d'une masse boursouflée dans le haut du vagin, son diagnostic est d'une difficulté extrême. La dureté ou la consistance naturelle du col, les variétés de volume, de saillie, de densité, de forme qu'il présente, suivant les diverses conditions où la femme peut s'être trouvée, exigent d'abord une grande habitude, pour ne pas faire croire quelquefois à des affections dont il n'existe aucun vestige. Ensuite, comment avoir la certitude de ne pas se tromper sur la nature d'une lésion profondément située au sein d'une contexture aussi serrée, d'éléments si variables? Ce n'est pas tout: une fois la présence du cancer incontestable, il faudrait encore en déterminer les limites. Or, il est rare que sur ce point, les doutes se dissipent entièrement avant qu'il soit très-avancé, et presque jamais alors on ne peut garantir que le col soit seul affecté, que le corps de l'utérus ne soit pas déjà plus ou moins envahi. Le chirurgien est donc sans cesse entre la crainte 1° d'enlever un organe qui n'est pas malade, de pratiquer sans nécessité une opération pénible, dangereuse, ou bien, 2° de n'emporter qu'en partie une altération dont les restes amèneraient inévitablement la mort. La conséquence naturelle de ces remarques est que l'indication formelle d'amputer le sommet de la matrice doit être assez rare, et qu'on n'a pas le droit de s'étonner de voir encore des praticiens instruits poser, avec Wenzel et Zang, la question de savoir si elle convient jamais. Puisqu'on a pu se demander, quand cette affection existe au sein, quels seraient les avantages de l'extirpation, il était difficile en effet, que la même question ne fût pas faite lorsqu'il s'agit de l'utérus. Ce que l'on peut répondre alors, c'est que tant qu'on admettra comme rationnelle l'extirpation pour les cancers externes, nul ne pourra raisonnablement en refuser l'application aux cancers des organes génitaux, pris dans les conditions convenables. Il est même consolant de remarquer que dans ce dernier lieu, la maladie reste plus longtemps locale, est en réalité moins sujette à se répéter sur d'autres points, que partout ailleurs. Je ne pense donc pas pour mon compte, qu'on doive renoncer à l'opération d'une manière absolue. Mieux vaut la tenter que d'abandonner la femme à une mort

certaine, toutes les fois que l'étendue du mal donne l'espoir de l'emporter en totalité. » (Velpeau, *Traité de médecine op.*, 2e édit., t. IV, p. 401)

Après les opinions, voyons les faits : malheureusement celui qui pouvait en fournir le plus s'en est vu dépossédér. « J'avais indiqué le chiffre de chacune de ces catégories; il m'est impossible de les reproduire, puisque je ne me les rappelle pas, et que ma statistique, ainsi que les matériaux qui m'avaient servi à l'établir, m'ont été enlevés. » (Lisfranc, t. III, p. 664). » Nous savons bien qu'un autre l'a publiée cette statistique, mais entre un maître qui dit blanc et un élève qui dit noir, il ne peut rester que l'opinion de M. Lisfranc ; c'est l'expression pratique de ses faits, nous l'avons reproduite.

Sur huit amputations, M. Velpeau compte deux morts par suite immédiate de l'opération ; quatre récidives, un succès certain et un succès douteux, en ce que la nature cancéreuse de la tumeur enlevée n'était pas évidente. M. Cazenave, de Bordeaux, a amputé six fois le col utérin : quatre morts, une guérison et un espoir de guérison ; quand il écrivait, sa dernière malade allait très-bien.

Quel parti prendre entre ces opinions et ces faits contradictoires? Il y a une considération qui nous a frappés, c'est qu'à l'exception de M. Lisfranc, tous les chirurgiens qui ont le plus pratiqué l'amputation du col utérin ont fini par y renoncer. Osiander qui la répéta huit fois, et Dupuytren quinze, l'ont définitivement rejetée. M. Duparcque, dans une assez longue carrière, ne l'a pas trouvée nécessaire une seule fois. Nous n'avons pas les faits, mais ne vaut-il pas mieux avoir la règle de conduite que ces hommes en ont tirée. Il faut donc admettre que M. Lisfranc ne doit qu'à lui-même ses succès, et sous l'influence de ces réflexions, nous acceptons la question comme l'ont posée MM. Velpeau et Vidal : N'amputer que lorsque le cancer bien limité et bien confirmé, fait, malgré tous les autres moyens plus doux, des progrès alarmants qui menacent la vie.

Sans rechercher à qui revient l'honneur d'avoir institué cette opération, sans suivre les modifications qu'elle a subies au creuset de l'expérience, nous la donnerons telle qu'elle en est sortie.

Elle compte deux méthodes, dont l'une consiste à amputer sur place, c'est-à-dire au fond du vagin, sans abaissement préalable de la matrice ; et l'autre, à ne porter l'instrument tranchant sur le col qu'après qu'il a dépassé la vulve, que quand il est dehors. La première méthode n'est plus admise aujourd'hui que lorsque la seconde est impraticable que lorsque l'utérus refuse de descendre.

1° Méthode avec abaissement préalable. Comme le procédé de Dupuytren et celui de M. Lisfranc n'ont entre eux que des différences insignifiantes, nous ne donnerons que la description du chirurgien de la Pitié, parce que c'est la mieux faite et la plus détaillée.

Après la préparation qui précède les grandes opérations, et la précaution d'avoir vidé le rectum par un lavement: « La malade est placée comme dans l'opération de la taille latéralisée ; on introduit le speculum bivalve ; il a l'avantage de mieux embrasser la tumeur, de tendre parfaitement la partie supérieure du vagin ; elle ne peut plus alors former de duplicatures circulaires qui auraient masqué le col de l'utérus ; l'opérateur essuie le museau de tanche, s'il en est besoin, afin de mieux s'assurer de la disposition des parties ; l'érigne de Museux, qui est plus longue, plus forte que celle dont on se sert habituellement et qui offre des crochets moins recourbés, est portée fermée immédiatement au-dessous du museau de tanche, s'il en est besoin ; au moment où les mors sont suffisamment ouverts pour embrasser, s'il est possible, les deux points opposés du col utérin, l'opérateur pousse légèrement sur eux à mesure qu'ils s'implantent dans le tissu même de la matrice ; cette manœuvre est indispensable, pour suivre le mouvement ascendant de l'organe, mouvement qui, sans la précaution que nous venons d'indiquer, exposerait à le manquer ou à le faire saisir trop bas : on extrait le speculum seul, puisque l'érigne peut passer dans l'écartement que ses deux valves laissent entre elles ; on exerce ensuite sur l'utérus des tractions lentes et graduées, à l'aide desquelles on tente d'amener le col au dessous de la partie in-

férieure du canal utéro-vulvaire; est-il besoin de dire que ces tractions ont d'abord la direction de l'axe du détroit supérieur et puis celle du détroit inférieur du bassin? Mais pour que la matrice soit mieux saisie, mieux abaissée; pour que tous les points du pourtour de la partie inférieure du col fassent à l'extérieur une égale saillie, le chirurgien applique les mors d'une seconde érigne sur les extrémités du diamètre transversal ou du diamètre antéro-postérieur de l'organe, en sens opposé de celui dans lequel la première a été implantée; cette manœuvre a un autre avantage : quelle que soit en effet la tendance qu'éprouve l'utérus, pendant la section, à remonter dans la cavité abdominale, les tissus maintenus en place pourront être coupés soit à la même hauteur, soit à des hauteurs différentes, suivant les circonstances pathologiques : quelquefois c'est en continuant la traction pendant cinq minutes ou un quart d'heure s'il le faut, qu'on parvient, dans les cas difficiles, à abaisser suffisamment la matrice.

» Le chirurgien porte ensuite le doigt indicateur sur le pourtour de l'insertion utérine du vagin; il la reconnaît à la présence d'une espèce d'anneau au-dessus duquel la pression fait sentir le vide : il a d'ailleurs préalablement abstergé les tissus; il confie la pince à un aide intelligent; cet aide est en face du bassin; l'opérateur se place à la gauche de la malade : il est armé d'un bistouri courbe, tranchant sur sa concavité, garni de linge jusqu'à une distance plus ou moins considérable de son extrémité boutonnée, suivant le volume des parties qu'il va retrancher; il commande à l'aide de relever les érignes pour imprimer au museau de tanche un mouvement de bascule qui fasse saillir davantage sa lèvre postérieure. Ainsi on verra mieux les limites de l'affection morbide et l'on pourra couper plus haut; le chirurgien glisse ensuite le doigt indicateur gauche à demi fléchi derrière l'extrémité inférieure de l'utérus, il mesure avec ce doigt dont la face palmaire est dirigée vers la malade, la hauteur à laquelle la section doit être pratiquée; le bistouri est appliqué au-dessous de lui, et à mesure que l'instrument marche, il le dirige et lui sert de point d'appui, tandis que l'aide abaisse graduellement les érignes, pour faire saillir à leur tour successivement les autres points du col de la matrice; il est bien entendu que l'affection morbide pouvant s'élever plus à droite qu'à gauche, par exemple, cet aide sera chargé, pour que le mal soit complétement enlevé, de donner par des mouvements qu'il imprimera aux pinces, des inclinaisons convenables à l'extrémité inférieure de l'utérus; il aura soin de ne pas exercer des tractions trop fortes lorsque la section arrivera vers sa fin, dans la crainte de déchirer les tissus; le bistouri doit marcher en sciant et à petits coups, pour éviter la lésion des grandes lèvres, les écarts dangereux, et pour ne pas faire une plaie inégale; la section que nous venons d'achever est assez difficile à cause de la forte résistance qu'offre au bistouri le tissu normal de la matrice.

» Mais il est des sujets chez lesquels le volume des parties ne leur permet pas d'être embrassées par le speculum, ou bien celles des parties qui font saillie dans sa capacité, sont trop molles pour résister aux tractions qu'on devra pratiquer sur elles; l'usage de cet instrument doit être rejeté dans ces deux cas; alors le chirurgien conduit sur le doigt indicateur introduit dans le vagin, des érignes simples qu'il fixe sur le col de l'utérus, ou sur des points assez résistants de la tumeur; n'oublions pas de dire que ce col, plus ou moins mobile sous l'influence de la pression exercée sur lui par ces instruments, les fuit et leur échappe, si l'on n'a pas eu préalablement la précaution de le refouler et de le maintenir appliqué contre le canal utéro-vulvaire. » (*Clinique chirurgicale de la Pitié*, t. III, p. 645.)

Cette belle description, où l'auteur suit pas à pas toutes les phases de l'opération et y fait assister le lecteur, ne s'applique qu'aux cas ordinaires. Sans le reproduire textuellement, l'auteur nous permettra de le prendre encore pour guide dans l'exposé suivant :

Malgré son petit volume, un fongus mou et saignant exclut encore l'emploi du speculum, parce que l'hémorrhagie que provoquerait le froissement de l'instrument, masquerait le col, et les injec-

tions ne suffiraient pas toujours à le mettre suffisamment en lumière. Cependant on essayerait du speculum avec précaution.

Il arrive qu'une tumeur volumineuse et qui remonte très-haut sur le col utérin, ne peut pas être mise complétement dehors; pour lever ce grave obstacle, on débride la muqueuse de la fourchette, ou même plus profondément s'il est nécessaire.

Lorsque le cancer envoie de longues racines dans le tissu de la matrice, M. Lisfranc, au lieu d'y porter le fer rouge, à l'exemple de quelques chirurgiens, cerne le mal par deux incisions semi-lunaires, et évide ainsi le tissu utérin, sans s'exposer à en dépasser les limites et à ouvrir le péritoine.

La section terminée, et après que la matrice est remontée à sa place, il n'est pas rare que le toucher constate un reste du mal qui a échappé au bistouri; pour prévenir cet accident, on fixe une érigne sur une portion du col qu'on ne doit pas sacrifier, et, l'amputation terminée, on examine soigneusement la surface de la plaie qu'elle a faite. Cette précaution permet encore d'essayer la ligature ou la torsion des artères, nous disons *essayer*, car souvent leur rétraction dans ce tissu musculaire les rend impossibles à saisir.

Ayant remarqué que les artères superficielles qui entourent le col utérin, sont la source habituelle de l'hémorrhagie, on a proposé de faire d'abord une incision circulaire et assez peu profonde pour ne diviser guère que la partie inférieure de l'insertion vaginale, et de lier les vaisseaux qui donnent, avant de poursuivre la section des tissus.

« On frémit à l'idée des douleurs atroces que détermine cette opération, c'est une erreur qu'il importe de détruire. Si l'utérus à l'état morbide, est extrêmement douloureux sous l'influence d'une pression même modérée, la nature a heureusement voulu que la matrice ne perçût pas l'action de l'instrument tranchant : c'est au point que des femmes opérées à l'hôpital de la Pitié, croyaient que la section du col n'était pas encore commencée, lorsque déjà je l'avais achevée. On sait d'ailleurs que les malades n'ont pas la conscience des morsures des sangsues sur la partie inférieure de l'utérus. » (Lisfranc, *ibid.*, p. 651.)

Accidents de l'amputation du col utérin.

Hémorrhagie. Quelquefois la plaie ne saigne presque pas; chez d'autres malades un très-léger écoulement sanguin continue vingt-quatre, quarante-huit, soixante heures après l'opération, et davantage, et produit une déplétion salutaire. Il peut se faire qu'en se prolongeant ou en augmentant, il s'accompagne d'affaiblissement et de douleur. Enfin, il peut arriver une hémorrhagie grave et même foudroyante. Ce sont alors les symptômes ordinaires des grandes pertes de sang : frissons, refroidissement de la peau et surtout aux mains et aux pieds; sueurs froides, pâleur extrême, défécation, épreintes, nausées, vomissements, spasmes, soubresauts des tendons, quelques mouvements convulsifs, découragement extrême, étouffements, toux nerveuse, quelquefois boule hystérique, palpitations; pouls petit, filiforme, irrégulier, intermittent, souvent nul; syncopes plus ou moins fréquentes (Lisfranc), et quelquefois au bout de tout cet orage, la mort.

Cependant ce n'est pas la règle. Le plus souvent M. Lisfranc, pour éviter à ses malades les fatigues du tamponnement et le danger des irritations auxquelles il expose, laisse la plaie saigner jusqu'à ce que l'écoulement s'arrête de lui-même, ou qu'il soit à peu près arrivé à soixante grammes (2 onces); il est encore un cas où ce chirurgien s'opposerait d'emblée à cet écoulement, c'est quand la femme est nerveuse ou primitivement affaiblie; en suivant ce précepte, il n'a été obligé de tamponner que très-rarement, et encore le tampon a été presque toujours mis seulement dans la partie inférieure du vagin.

Ainsi, 1° l'écoulement sanguin s'arrête de lui-même; 2° ou il continue et cause de l'affaiblissement, et le plus souvent une saignée du bras en fait justice (Lisfranc). 3° S'il continue modérément, on introduit dans la partie inférieure du vagin des bourdonnets de charpie qui ferment l'extrémité inférieure de ce canal,

et qu'on soutient par un bandage en T. Un caillot se forme alors entre le tamponnement et la plaie, dont il est le topique le plus doux et le plus salutaire.—4° L'hémorrhagie est-elle inquiétante, on tamponne de même, avec cette différence qu'on remplit le vagin avec la charpie qui alors est portée jusque sur la plaie. On peut varier ce procédé en introduisant d'abord dans le vagin une compresse fine et enduite de cérat. On coiffe son doigt de la face sèche de la compresse, puis on l'engage ainsi dans le conduit utéro-vulvaire. On remplace le doigt par des bourdonnets de charpie, et lorsque le tamponnement est arrivé à la vulve, on lie avec un fil la gueule de cette espèce de bourse que figure alors la compresse; un bandage en T assujettit l'appareil. M. Lisfranc rejette la compresse, parce que le cérat la rend glissante et facilite son expulsion, et parce que le sang s'insinue entre elle et les parois vaginales.

La première objection n'en est pas une, car sans cérat, la compresse s'introduirait aisément; quant à la seconde, nous doutons qu'elle soit fondée en tout, car elle disparaîtrait également avec le cérat. Ce mode de tamponnement a l'avantage d'être plus aisé à enlever, et l'on n'est point obligé d'aller à la recherche des bourdonnets de charpie, égarés sur une plaie douloureuse et à l'entour.

Dans une excision du col utérin, pratiquée par Dupuytren, il y eut une hémorrhagie si abondante et si rebelle que le tamponnement ordinaire ne suffit pas à l'arrêter; M. Duparcque, qui avait aidé l'opérateur, eut alors l'ingénieuse idée de garnir de charpie l'intérieur d'un petit verre à patte, et de l'adapter ainsi à la plaie, soutenu par un bandage. Cette invention réussit parfaitement. Un pessaire en bilboquet et surtout un coquetier en buis ou en bois quelconque, qu'on aura sous la main remplacerait avantageusement le verre. Voici du reste l'observation de M. Duparcque, intéressante sous plus d'un rapport.

Obs. 4. « Madame L. H., blanchisseuse, âgée de cinquante-quatre ans, a une sœur qui est morte à soixante, d'un cancer au sein. Réglée à treize et devenue mère à vingt-sept, elle commença à trente-neuf ans à ressentir des douleurs dans les lombes, les aines et la région hypogastrique, sans que le toucher me fît rien connaître de particulier dans l'utérus ni dans ses dépendances; des bains, un régime adoucissant, et parfois des sangsues aux lombes et à l'hypogastre, furent les seuls moyens employés jusque vers quarante-trois ans, en y joignant des précautions relatives à la profession de la malade, comme de ne pas plonger les mains dans l'eau froide pendant la durée des règles, et à quarante-deux ans aux souffrances ordinaires se joignit un flux leucorrhéique habituel et assez abondant, toujours sans lésion organique sensible au col de l'utérus. Jusqu'à l'âge de quarante-six ans, je mis en usage à l'intérieur et à diverses reprises, de la ciguë d'abord en substance, et ensuite en extrait, en joignant parfois l'emploi des bains rendus sulfureux et des cataplasmes sur le ventre.

» En 1819, la malade étant âgée de quarante-six ans et le flux leucorrhéique fort augmenté, je reconnus avec le speculum que l'extrémité des lèvres du museau de tanche était excoriée et portait des fongosités de huit à dix lignes de long, que la base du col utérin était saine, mais que sa partie inférieure, quoique sans tuméfaction, était plus dense que dans l'état naturel. Après avoir fait comprendre à madame L. que l'ablation de sa maladie me paraissait le seul moyen de guérison, j'obtins son consentement pour l'examiner avec M. le professeur Dupuytren, qui s'étant trouvé du même avis que moi, fit l'opération le 13 novembre 1819.

» La malade étant placée comme pour l'opération de la taille, le col de l'utérus fut saisi par le museau de tanche avec des pinces de Museux, abaissé jusqu'à la vulve et réséqué avec des ciseaux courbes sur le plat au-dessus de tout ce qui parut malade. Cette opération fut suivie de la plus forte hémorrhagie que j'aie observée en pareille circonstance; des bourdonnets ne suffisant pas pour l'arrêter, j'eus recours à un petit verre à patte qui me servit de pessaire en bilboquet. Après l'avoir rempli de charpie, je l'introduisis dans le vagin, où il me servit à rendre efficace le tamponnement, resté jusque-là sans succès; j'appliquai ensuite d'arrière en avant, sur

le pied du verre qui passait par les grandes lèvres, le chef descendant d'un bandage en T, et l'hémorrhagie fut arrêtée.

» Des douleurs et des symptômes inflammatoires s'étant manifestés, je supprimai le bandage en T, et fis faire une saignée du bras et deux applications de sangsues sur l'hypogastre. Les avantages obtenus par ces moyens furent soutenus par des boissons émollientes, des cataplasmes sur le ventre et des bains tièdes. Le troisième jour après l'opération j'enlevai les pièces les plus extérieures du tamponnement, et le quatrième à cause de leur mauvaise odeur, je retirai les plus profondes sans que l'hémorrhagie reparût.

» Le 30 novembre, je fis, de concert avec M. Dupuytren, une cautérisation avec un morceau de potasse caustique, porté avec une tige sur la plaie mise à découvert par le speculum. Cette cautérisation fut suivie le lendemain d'une hémorrhagie assez considérable.

» Le 4 décembre suivant, je fis une seconde cautérisation, mais au lieu du morceau de potasse caustique, je me servis du nitrate acide de mercure, porté dans l'intérieur du col avec de petits pinceaux de charpie, et sur la plaie avec des bourdonnets au moyen d'une pince longue et recourbée.

» Cette cautérisation fut plus profonde que la première, car je pénétrai très-avant dans le col, sans autre accident que d'assez vives douleurs locales et sympathiques, qui furent dissipées en quelques jours par des bains, des cataplasmes, des injections et des boissons émollientes qui cependant furent continuées jusqu'à la fin du mois. M[me] L. étant guérie à la fin de janvier 1820, je lui fis établir un cautère au bras. J'ai souvent examiné cette personne dans les années suivantes et n'ai rien trouvé qui pût faire craindre une récidive. Depuis l'opération, les règles n'ont reparu que deux fois, à trois mois d'intervalle. J'ignorais sa situation depuis trois ou quatre ans, parce qu'elle habite la campagne; mais étant venue à Paris, j'ai constaté la permanence de sa guérison.

» Le 6 octobre 1827, huit ans après la résection et la cautérisation du col utérin, la matrice a son poids et sa mobilité ordinaires; le fond du vagin est parfaitement souple; il n'y a point de flux leucorrhéique et l'état général est aussi bon qu'on peut le désirer chez une personne de cinquante-quatre ans, rhumatique et en proie à des chagrins violents. » (Duparcque, t. I, p. 455.)

Si après que le tamponnement a contenu l'hémorrhagie, il se manifeste des symptômes de congestion, on les combat par une petite saignée du bras et des cataplasmes laudanisés sur le ventre.

Lorsque les accidents produits par l'hémorrhagie ont disparu, on cède aux instances de la malade et au bout de quelques heures on la débarrasse en partie du tamponnement, en ne laissant que la charpie qui recouvre la plaie. Si on craint le renouvellement de l'hémorrhagie, on remet au lendemain l'extraction de la partie supérieure du tampon.

Qu'on ait ou non appliqué le tamponnement, on fait, 24 heures après l'opération, des injections émollientes presque froides. On en retarderait l'usage, si l'on avait quelque crainte du retour de l'hémorrhagie.

Le même motif recommande de le pratiquer avec beaucoup de ménagement et de douceur.

Les accidents que l'on a vus se développer sous l'influence de l'hémorrhagie, se sont plusieurs fois montrés sans qu'on pût les rattacher à autre chose qu'au trouble de l'innervation. Ils se sont alors promptement dissipés.

La métrite et la métro-péritonite qui se déclarent quelquefois, seront traitées comme dans les cas ordinaires.

Il faut surveiller la vessie et sonder, s'il en est besoin.

Sans entrer dans des détails inutiles sur les soins que réclame la malade, nous dirons qu'ils sont les mêmes en général qu'après les grandes opérations.

Si après 15 jours ou 3 semaines il n'y a pas d'accidents, la plaie marche vers la cicatrisation, qu'on favorise souvent avec quelques légères applications de nitrate de mercure. Six semaines et six mois seraient, d'après M. Lisfranc, les limites extrêmes du temps nécessaire à la guérison. Un fait tiré de la pratique de ce chirurgien prouve que la grossesse et l'accouchement à terme ne sont pas in-

compatibles avec l'absence du col utérin (p. 659). Cependant, ajoute-t-il, s'il était complétement enlevé, une fausse couche serait inévitable.

Une seule fois, sur tous les cas connus, la cicatrice a obturé l'orifice vaginal de l'utérus. Les règles se firent par le vagin, sans accidents notables. Il faut pour prévenir ce résultat introduire de temps en temps une petite sonde dans l'orifice. (Lisfranc.)

Après les amputations qui sous tous les rapports, ont le mieux réussi, et après une complète cicatrisation, il y a quelquefois dans le bassin des douleurs sourdes, qui seraient inquiétantes, si l'on ne savait pas qu'elles disparaissent sous l'influence d'un traitement approprié. (Lisfranc.)

Nous avons réuni, à propos de la première méthode, tout ce qui se rattache à l'amputation du col utérin, parce que cette méthode est presque uniquement en usage, et qu'en éparpillant les traits du tableau, on l'aurait gâté. Ajoutons, pour le compléter, qu'Osiander passait avec une aiguille courbe dans le col utérin deux fils dont les anses pendantes servaient à abaisser l'organe, et que des instruments ont été inventés qui introduits dans l'orifice du col, s'y enfoncent de dedans en dehors.

Méthode d'amputation sur place. Elle ne se pratique plus aujourd'hui que dans les cas extrêmement rares où l'immobilité de la matrice rend l'autre inapplicable. Comme le champ où doit manœuvrer l'instrument tranchant est très-resserré, divers instruments ingénieux ont été inventés pour surmonter cette difficulté, pour l'éviter. Tels sont les ciseaux de M. Arronkonk de Strasbourg. La partie tranchante des deux lames est concave et forme un angle droit avec le reste. Tout le monde connaît l'anneau tranchant de Dupuytren. Le col engagé dans cette guillotine, avec le manche de l'instrument on fait exécuter à l'anneau un mouvement de rotation qui coupe le col. Mais quand le col est très-volumineux? MM. Colombat et Hatin on inventé aussi chacun un instrument qui fixe le col en même temps qu'il en opère la section.

Selon nous le plus ingénieux de tous est celui de M. Canella : deux speculum cylindriques emboîtés dont l'intérieur, armé à son bord supérieur d'une lame transversale, coupe par le mouvement circulaire qu'on lui imprime. Il joue en même temps le rôle du speculum et du bistouri ; il opère presque tout seul. Sans proscrire ces instruments parmi lesquels on pourra être obligé de choisir, nous dirons qu'on leur préfère généralement un simple bistouri boutonné, courbé sur le plat. Rien de plus sur cette méthode presque inusitée.

Elle a sur l'autre l'avantage d'éviter les tiraillements de l'abaissement de l'utérus, mais elle est plus difficile, moins sûre, infiniment moins sûre, et c'est là le point capital ; comment être certain d'enlever toute la maladie en opérant en aveugle au fond du vagin ?

Quant aux autres dangers de l'opération elle les offre comme la méthode par abaissement ; l'hémorrhagie y est même plus à craindre, puisque toute ligature est impossible.

Un dernier mot sur l'amputation du col en général : si le mal n'a pas été complétement enlevé, on cautérise avec le fer rouge ou même avec le nitrate acide de mercure.

La mort peut arriver par suite immédiate de l'opération (Dupuytren, Graëfe, Roux, Rust), le plus souvent alors c'est par l'hémorrhagie ; par péritonite, par phlébite (Blandin) ; par inflammation purulente du bassin, par perforation du péritoine, de la vessie ou du rectum (Lisfranc), par récidive.

M. Lisfranc a écrit que s'il fait aujourd'hui cette opération bien moins souvent qu'autrefois (1 ou 2 fois par an au lieu de 15 ou 20), c'est parce que les femmes mieux averties du danger qui les menace se font visiter plus vite et sont mieux soignées. Voici une observation instructive.

Obs. 5. « Mme X, âgée de trente-deux ans, d'un tempérament nerveux, devint mère à dix-huit ans pour la première et dernière fois. Elle croit avoir entendu dire que la matrice éprouva un déchirement pendant le travail qui fut très-pénible. Depuis lors elle eut beaucoup de malheurs et de chagrins ; onze années se passèrent sans qu'elle ressentît aucune douleur dans les

organes génitaux. Ses menstrues étaient régulières et abondantes ; mais depuis deux ans elles se dérangèrent et furent accompagnées de coliques et de malaise. Les approches de son mari déterminaient de la douleur.

» Le 23 mars, je vis la malade pour la première fois, son teint était fatigué et les yeux environnés d'un cercle brunâtre. Depuis cinq ou six mois elle éprouvait une grande chaleur au fond du vagin, des pesanteurs sur le rectum, des douleurs de reins, qu'elle rapportait au bas des lombes, à la partie moyenne du sacrum et dans l'aîne gauche, avec gonflement passager de la région iliaque de ce côté ; la cuisse gauche était aussi de temps à autre le siége de douleurs vagues ; la marche la fatiguait plus que la droite, et elle était plus sensible au froid. Les douleurs de la cuisse et de l'aîne gauche sont, au dire de la malade, très-anciennes ; elle les rapporte à un rhumatisme contracté il y a douze à quinze ans, après avoir longtemps couché dans un lit adossé à un mur très-humide (le côté gauche du corps répondait à ce mur).

» Depuis deux mois environ madame X éprouvait des élancements dans le fond du vagin, un malaise général et un défaut d'appétit. Les aliments passaient avec peine sur l'estomac, et la digestion s'exécutait mal ; elle était toujours accompagnée d'un sentiment de pesanteur dans la région épigastrique, et une constipation opiniâtre ne pouvait être vaincue qu'à force de lavements émollients, de petites doses d'huile de ricin souvent répétées.

» A l'exploration je découvris au fond du vagin, un gonflement bilobé, dur, rénitent, qui occupait la partie antérieure et postérieure de l'extrémité inférieure du col de la matrice. Un enfoncement paraissait entre ces deux tumeurs indiquer l'ouverture du canal vaginal utérin. J'examinai la tumeur au spéculum brisé ; elle me parut du volume d'un œuf de poule, d'un rouge foncé, parsemée de taches violettes, brunâtres, avec deux petits ulcérations superficielles : la matrice était plus abaissée qu'à l'ordinaire, comme dans un léger *prolapsus*. Examinée de nouveau avec MM. les docteurs Peironneau de Besson et Bertrand, cette tumeur nous sembla une de ces productions squirrheuses, qui abandonnées à elles-mêmes finissent par passer à l'état de cancer ulcéré, et subir la dégénérescence carcinomateuse, puis envahissent le corps entier de l'utérus, et souvent les organes voisins. Pour prévenir ces accidents nous jugeâmes que l'ablation de la tumeur était le plus sûr moyen à opposer, attendu que la santé générale était encore bonne, que le mal était limité et ne paraissait pas s'étendre au delà du col, que les bains, les injections émollientes, les sangsues dans le vagin, avaient été mis en usage sans aucune espèce d'amendement. L'opération fut résolue et pratiquée le 8 août en présence des mêmes consultants.

» Je saisis la tumeur avec la pince de Museux, j'abaissai le col de l'utérus ; il ne put être amené entièrement dehors, mais cependant assez pour pouvoir enlever d'une seule pièce, au moyen de deux incisions latérales, et d'une troisième d'avant en arrière pour terminer la section ; aussitôt après, la portion extraite, devenue pâle, avait déjà moins de volume que sur place, et lorsqu'elle fut lavée elle se retira sur elle-même et perdit les trois quarts au moins de sa grosseur, mais en conserva encore assez pour laisser voir l'engorgement blanc, apparent dans les deux portions de la tumeur. La postérieure paraît s'être développée dans l'épaisseur de la membrane muqueuse, tandis que l'antérieure a pris naissance sur l'extrémité vaginale du col même.

» L'hémorrhagie fut très-modérée au moment de l'opération, il y eut à peine deux poêlettes de sang répandu. Pendant trois jours il ne se manifesta qu'un écoulement sanguin analogue à des menstrues peu abondantes, puis il devint roussâtre, et le huitième il était blanc, épais, analogue à du pus de bonne nature.

» Pendant l'opération, la malade n'éprouva qu'un tiraillement dans le bas des reins, semblable à celui qu'éprouvent les femmes en couches. Les jours suivants la fièvre traumatique fut si modérée qu'on ne se crut pas obligé de pratiquer de saignées locales ni générales. Mme X reposa deux heures la première nuit ; cinq la seconde et la troisième. Une diète rigou-

reuse fut observée pendant cinq jours, le sixième on donna quelques aliments légers et ils furent digérés. Nous n'éprouvâmes pendant deux jours qu'une rétention d'urine et non une suppression; on vida la vessie au moyen de la sonde; mais le troisième, elle céda aux bains généraux et à des cataplasmes émollients introduits dans le vagin. Depuis l'opération jusqu'à l'entière guérison, la malade ne fit usage que d'une tisane émolliente.

» La plaie résultant de l'ablation de la tumeur offrait deux pouces d'étendue d'avant en arrière et un demi transversalement après l'opération. Le huitième jour nous l'examinâmes pour la première fois et elle ne présentait guère qu'un pouce en tous sens. Les bourgeons énormes étaient d'un rouge vermeil, d'un bel aspect, et le pus amassé au fond du vagin était épais, bien lié, et d'un blanc jaunâtre. Le vingt-cinquième jour la plaie n'offrait plus que quatre à cinq lignes d'avant en arrière et trois transversalement, et des bourgeons énormes d'un bel aspect, mais saillants et comme écrasés par une cicatrice blanche qui les environnait. Je les réprimai à trois différentes fois et à quatre ou cinq jours de distance, avec du nitrate acide de mercure; alors la cicatrice s'étendit et ne recouvrit cependant en entier la plaie que vers le cinquantième jour. Pendant les quinze à vingt derniers jours on fit trois injections dans les vingt-quatre heures de chlorure d'oxyde de sodium (une once étendue dans un litre d'eau).

» La plaie n'était pas encore entièrement cicatrisée, que les règles revinrent avec plus d'abondance qu'avant l'opération. La santé s'est bien rétablie; la figure a repris sa fraîcheur et sa teinte naturelle; les élancements, les pesanteurs, la chaleur de la matrice ont disparu; l'appétit est revenu, les digestions se font bien et les garde-robes s'exécutent naturellement tous les matins, sans avoir recours aux lavements. L'abaissement de l'utérus a disparu. » (Berthelot, *Journal général de médecine*, t. CIX, p. 214, 1829.)

Si dans l'observation précédente, la plupart des caractères symptomatiques du mal justifient le diagnostic confirmé par Dupuytren, il n'est point question de la dissection de la tumeur enlevée et c'est là une lacune qui laisse des regrets. Dans ce cas-ci le point d'anatomie pathologique exposé avec clarté prouve presque évidemment que l'engorgement n'était pas cancéreux et que l'opération n'était pas nécessaire, ainsi du reste que M. Berthelot a eu la loyauté de l'avouer depuis (v. Duparcque, t. I, p. 462). Quoi qu'il en soit ces amputations pratiquées l'une pour un cancer, l'autre pour une lésion au moins douteuse, sont précieuses à beaucoup d'égards et nous montrent la marche de la plaie chirurgicale dans les deux cas.

Lorsque, par son étendue, le mal ne comporte plus l'amputation, qu'il est jugé définitivement incurable, le but du médecin est alors de combattre les accidents de la maladie, d'en retarder la marche, de rendre supportable et de prolonger l'existence de la malheureuse victime.

Les principaux accidents sont la douleur et les pertes. La douleur sera combattue par les opiacés sous toutes les formes; la métrorrhagie, par des injections fraîches et astringentes, par de petites saignées, si la constitution le permet; enfin, par le tamponnement, car il est des cas où l'hémorrhagie menaçante ne cède qu'à ce moyen. Pour diminuer la sécrétion de la sanie, M. Lisfranc conseille les injections alumineuses dont il s'est souvent bien trouvé. Pour en neutraliser la mauvaise odeur, on ajoute à chaque injection une cuillerée ou deux de chlorure Labarraque; c'est un moyen excellent, et que le professeur J. Cloquet emploie aussi avec succès.

Avec tous les moyens de propreté imaginables, la malade doit suivre un régime fortifiant, sans être excitant, et se permettre l'exercice modéré que comporte sa situation. Qu'elle ignore toujours s'il est possible la nature de son mal, ainsi que la nature et la dose croissante des narcotiques qui ne la soulagent pas toujours.

4° Maladies des trompes utérines.

Les maladies des trompes utérines existent rarement isolées; les plus graves ne sont même presque jamais primitives;

elles ne sont généralement que l'extension de celles du péritoine, de la matrice ou de l'ovaire : ainsi leur inflammation n'est qu'une des complications de l'ovarite, ou d'une phlegmasie du ligament large; ainsi son cancer ordinairement a débuté ailleurs, le plus souvent par la matrice, etc. Nous ne prétendons pas que la trompe n'ait pas ses affections à elle, mais nous disons seulement que c'est là l'exception. Passons une revue rapide de ces lésions.

ARTICLE I.

Rupture de la trompe utérine.

Nous ne parlerons pas des ruptures de cet organe, qui sont la conséquence d'une grossesse tubaire ; c'est un point de pathologie qui appartient aux accouchements; nous ne traiterons que de la rupture de la trompe vide, et nous n'en citerons qu'un cas, parce que nous n'en connaissons qu'un; mais il est sous tous les rapports plein d'intérêt.

«... La femme Renaud ne vivait pas en bonne intelligence avec son mari. Le soir du 16 novembre 1820, il s'éleva entre eux une vive altercation, presque une lutte en règle. La femme se retranche d'abord derrière une chaise, mais bientôt la fureur l'emporte et ce meuble est lancé avec effort sur le mari. La nuit fut encore orageuse, tout paraissait oublié le lendemain matin. Madame Renaud fait du pain et mange avec ses enfants. A onze heures du matin, elle est saisie de violentes coliques et de vomissements, et d'un fort dévoiement... Le ventre se gonfle, les douleurs redoublent; les vomissements et les selles se précipitent. L'anxiété est extrême, hoquet, sueurs froides, syncopes, et enfin, au milieu d'horribles convulsions, la mort.

» L'autopsie faite judiciairement dix jours après l'inhumation, a montré un cadavre parfaitement conservé, la peau d'une blancheur singulière, sans trace d'ecchymose, sans le plus léger indice de violence extérieure. Les seins volumineux rendirent à l'expression un peu de lait très-pur et très-beau. Dans la tête et dans la poitrine tout était sain.

» Le ventre très-gonflé paraissait distendu par un liquide d'une fluctuation obscure. Comme on soupçonnait un empoisonnement, on ne pensait qu'au tube intestinal; et ce ne fut pas sans surprise qu'en ouvrant l'abdomen, on en vit jaillir du sang. La cavité péritonéale en était toute remplie. Ce liquide, dont la quantité fut évaluée à plus de huit livres, était ramassé en caillots dans l'hypogastre, pressait la matrice et la vessie, et avait refoulé en haut les intestins en un paquet serré ; la partie séreuse surnageait au caillot.

» Le canal intestinal était sain, et le peu de matières à demi digérées qu'il contenait, fut mangé par un chien qui n'en ressentit aucun accident.

» ... Après avoir enlevé le sang, lavé et nettoyé toute la cavité du péritoine, et après en avoir soigneusement exploré toute la surface, on découvrit dans la trompe droite, tout près de son insertion utérine, une perforation oblongue dont les bords irréguliers et comme frangés pouvaient avoir un pouce de circonférence : Cette ouverture était entourée d'une auréole rougeâtre d'environ trois lignes de rayon. Le reste du péritoine examiné de nouveau avec la plus grande attention, n'a laissé apercevoir aucun point qui eût pu fournir la moindre quantité de sang, pas même par voie de transsudation, cette membrane ayant conservé dans toute son étendue la transparence qui lui était naturelle. La matrice était blanchâtre dans sa texture et tout à fait exsangue; elle contenait une demi-once de mucosités et pas une goutte de sang. » (Godelle, *Nouvelle bibliothèque médicale*, t. I, p. 261.)

C'est la déchirure de la trompe qui fut la cause de la mort, nul doute à cet égard ; mais la rupture elle-même, comment l'expliquer? Dira-t-on avec les experts qu'elle est le résultat d'un raptus sanguin, d'une sorte d'apoplexie provoquée par la colère chez une nourrice, ou serait-elle la conséquence d'un coup porté sur le ventre et dont l'atteinte serait arrivée à la trompe sans laisser de traces sur les parois abdominales? Cette dernière hypothèse ne nous paraît pas la moins vraisemblable. L'intervalle qui s'écoula entre la querelle et le début des accidents,

ne lui est pas plus défavorable qu'à l'autre interprétation : les mouvements et les efforts de cette femme pendant son travail, n'auraient-ils pas bien pu achever une déchirure incomplète? De quelque manière qu'on envisage ce fait, il reste très-curieux, peut-être unique ; et il méritait de trouver place ici.

ARTICLE II.

Inflammation de la trompe utérine.

Elle n'est, à l'état aigu, qu'un élément d'un travail plus étendu, comme nous l'avons déjà vu. Durant la vie, une douleur plus vive vers les aines et les régions iliaques dans une métro-péritonite, peut faire soupçonner cette lésion de la trompe, que l'absence de tumeur distingue seule de l'ovarite (Boivin et Dugès, t. II, p. 589). Après la mort, on la reconnait à la tuméfaction de l'organe, prononcée surtout vers son milieu et ses extrémités, à sa rougeur souvent très-vive, aux nombreux vaisseaux fortement injectés qui le parcourent. Les franges du pavillon offrent surtout à un haut degré ce gonflement et cette rougeur; souvent Dugès les a vues boursouflées, infiltrées de sérosité et même de matière puriforme, qui leur donnent une couleur jaunâtre. Des flocons albumineux adhèrent aussi fréquemment à leur surface; une matière purulente occupe, en certain cas, leur cavité interne ; des foyers peuvent exister sous la tunique péritonéale, et même dans le tissu propre de la paroi tubaire. Mais toutes ces lésions secondaires sont effacées, masquées par les autres éléments symptomatiques de la métro-péritonite. Cependant, il n'en est pas toujours ainsi : il est des cas où l'inflammation de la trompe même coïncidant avec celle du péritoine et avec celle de l'ovaire, joue le principal rôle. Nous donnerons dans l'observation suivante, un exemple d'ailleurs très-remarquable, de la suppuration simultanée de ces deux appendices de l'utérus, où l'élément tubaire dominait.

« Dushuit (Marie), âgée de trente-sept ans, couturière, mère de trois enfants, dont le dernier a dix-sept ou dix-huit ans, fut reçue à la Charité le 2 septembre 1828, dans le service de M. Andral. Cette femme fraîche, et bien nourrie, d'une santé ordinairement assez bonne, bien réglée, excepté depuis cinq à six mois, ne savait à quoi attribuer la maladie dont elle se ressentait depuis environ trois mois, et pour laquelle elle venait à l'hôpital.

» Elle avait éprouvé d'abord une constipation plus ou moins opiniâtre, qui plus tard s'accompagna d'une douleur dans le côté droit du ventre, et par moments, d'élancements le long de la cuisse du même côté. Les lavements n'étaient point gardés, et quand la constipation datait de quelques jours, il survenait des vomissements et des coliques qui ne se terminaient que par des évacuations alvines.

» Dans le mois d'août, la douleur changea subitement de côté, se fit sentir dans le flanc gauche, et la malade vit peu à peu se former dans cette région une tumeur qui s'accompagna d'un engourdissement douloureux de la cuisse du même côté. Quand nous vîmes la malade dans les premiers jours de septembre, la tumeur au flanc gauche paraissait profonde, indépendante des téguments et même des parois abdominales, qu'elle soulevait à un pouce environ au-dessus du niveau du reste de l'abdomen dans une étendue égale à celle de la paume de la main; elle était sensible au plus léger contact, ce qui ne permettait guère de l'explorer. La jambe gauche était faible, surtout pendant la progression ; mais la sensibilité cutanée était entière. Les vomissements se répétaient à peu près tous les jours à un temps variable après l'ingestion des aliments, et précédés de quelques coliques ; ils cessaient, puis se reproduisaient par *crise :* la malade les attribue à la difficulté qu'elle éprouve pour aller à la garde-robe ; son ventre est gros et tendu par moments. M. Andral n'hésita pas à attribuer la tumeur à une dégénération de l'ovaire, et les autres symptômes à l'obstacle opposé par cette tumeur à la libre circulation des matières, ainsi qu'à l'inflammation sympathique du péritoine. Il eut donc recours aux antiphlogistiques, et la malade fut soumise les 3, 4 et 5 septembre, à l'application réitérée d'une vingtaine de sangsues. (Cataplasmes sur le

ventre, orge miellée, deux bouillons pour toute nourriture.)

» Sous l'influence de ce traitement, le pouls conserva son rhythme habituel, et la malade eut ses règles les 6 et 7 septembre. Pendant la durée de cette évacuation, la constipation cessa et les vomissements disparurent, mais pour quelques jours seulement. (Même traitement, plus une application sur l'abdomen, d'un emplâtre de thériaque, et bains tièdes de temps à autre.)

» 16 septembre. — Point de garde-robe depuis trois jours, vomissements répétés. La tumeur semble s'être un peu affaissée, le pouls est à peine fébrile ; la malade qui se trouve bien des bains, remarque en y allant, que sa jambe gauche est plus forte.

» Jusqu'au 24 septembre, les vomissements continuent, bien qu'il y ait quelques garde-robes. Le pouls prend insensiblement plus de fréquence ; la tumeur est évidemment moins volumineuse, quoique toujours sensible, et l'ancienne douleur de la cuisse droite se reproduit avec violence. (*Application d'un vésicatoire sur la cuisse droite; cataplasmes sur l'abdomen; lavements émollients avec addition de laudanum de Rousseau, potion gommée, diète absolue.*)

» Le 29, nouvelle apparition des règles; même état d'ailleurs, si ce n'est que la douleur dans la cuisse droite a diminué. Les selles sont assez fréquentes, sans coliques.

» 2 octobre.—Diarrhée abondante, coliques très-fortes depuis la nuit; vomissements comme à l'ordinaire; langue humide, à peine rosée. Pouls à 90 environ. Affaissement presque complet de la tumeur. (*Quinze sangsues à l'anus, lavements narcotiques, cataplasmes, eau de gomme, pot. gom.*)—Le lendemain même état, céphalalgie, soif assez vive. (*Nouvelles sangsues.*)

» Pendant les jours qui suivent jusqu'au 5 octobre, même état combattu par les émollients et les légers narcotiques. Le 6, la diarrhée est de plus en plus abondante; le malade s'affaiblit visiblement; le pouls prend tout à fait le caractère *abdominal*, le ventre augmente de volume (*Bain tiède*).

» 7 Octobre. Pendant la journée d'hier et pendant la nuit, garde-robes sanguinolentes, affaiblissement rapide; les vomissements deviennent plus rares. A la visite, pouls presque imperceptible, malgré sa fréquence, extrémités froides, voix éteinte, sentiment de suffocation, traits effilés, anxiété profonde, ventre sensible comme les jours précédents. (*Vésicatoires aux jambes, potion gommée avec addition d'éther, fomentation narcotique*).

» Le 8, l'hémorrhagie intestinale paraît avoir cessé, la malade ne rend plus que des matières très-fétides; même état général. (*Sinapismes aux pieds et aux mains*).

» Le 9, mort à trois heures du matin, au milieu de coliques très-vives et sans délire. La malade n'avait pas vomi depuis vingt-quatre heures.

» *Autopsie* 24 heures après la mort. La tête et la poitrine furent trouvées dans l'état sain.

» *Abdomen*... Il y avait eu péritonite : on le reconnaissait à un épanchement séro-purulent, considérable, mêlé de flocons albumineux. Dans plusieurs points, des fausses membranes récentes réunissaient lâchement diverses anses intestinales, mais dans la fosse iliaque gauche ces adhérences avaient plus de solidité : en les examinant attentivement, on y reconnaissait un commencement d'organisation. Après avoir séparé celles qui n'offraient point de résistance, on en trouva d'autres qui réunissaient intimement l'intestin rectum avec une tumeur placée sur le côté gauche de l'utérus. Nulle part sur les anses d'intestins, pas plus que sur les tumeurs on n'aperçut de déchirures ni de solution de continuité, mais le rectum visité par le bord opposé à celui par lequel il adhérait à la tumeur, offrit à sa surface interne une perforation circulaire capable d'admettre tout au plus un tuyau de plume et par lequel il communiquait avec la tumeur ou poche indiquée. On s'en assura mieux encore en comprimant cette dernière; le liquide purulent qu'elle contenait passa sur-le-champ dans la cavité intestinale. C'est à cette communication que correspondaient les adhérences les plus intimes; elle était placée à peu près au niveau du détroit supérieur du petit bassin sur la symphyse sacro-iliaque gauche; et plus tard quand tout le gros intes-

tin fut détaché, on constata que cette communication était à huit pouces de l'anus, à l'extrémité supérieure du rectum ou à l'extrémité inférieure du colon gauche. Quant à la tumeur ainsi ouverte dans l'intestin, elle était alors molle, ridée, sans autre ouverture à sa surface libre ; elle se prolongeait dans le petit bassin dont elle occupait le quart postérieur gauche ; elle soulevait et refoulait le rectum en haut et à droite de manière à lui donner la forme d'un arc de cercle dans la concavité duquel elle était logée. Sur son côté supérieur et interne, tout près de la matrice, on distinguait la portion utérine de la trompe ; mais à un pouce en dehors tout paraissait confondu. En examinant la pièce détachée on reconnut que la tumeur ouverte dans le rectum n'était autre que la trompe considérablement dilatée, enflammée et suppurée. La cavité de la partie, encore reconnaissable à sa forme flexueuse, communiquait évidemment avec celle de la poche, non pas par un petit pertuis, par une fente, mais par un élargissement progressif quoique rapide ; d'ailleurs la continuité de la membrane noirâtre de la portion non dilatée avec celle qui tapissait la poche était évidente. Enfin derrière ce vaste foyer, nous retrouvâmes une tumeur moins considérable, du volume d'une noix, à parois manifestement fibreuses, de la couleur et de l'aspect que l'on connaît à l'ovaire ; à l'ouverture il s'en écoula un pus de bonne nature, qui n'avait aucune communication avec celui qui restait encore dans la tumeur formée par la trompe.

» A droite, il existait une disposition en quelque sorte inverse : la trompe était bien comme à gauche, enflammée et suppurée ; comme à gauche elle s'élargissait progressivement de l'utérus vers son pavillon, et là il y avait comme à gauche encore une collection purulente assez considérable ; mais ici c'était l'ovaire qui était le plus profondément affecté ; c'était lui et non pas la trompe qui formait tumeur. Cette tumeur renfermée tout entière dans le petit bassin, avait le volume d'un gros œuf de poule, elle était pleine d'un pus verdâtre, sans odeur, homogène et un peu épais. Les parois étaient comme celles de la petite tumeur du côté opposé, blanchâtres et fibro-celluleuses. Tel était l'état du péritoine et de l'appareil sexuel. La matrice et la vessie ne nous offrirent rien de remarquable... La compression existait en plusieurs points de la longueur du rectum : là où il adhérait avec la trompe dilatée, j'ai dit qu'il y avait déplacement, refoulement en haut et à droite. Cet aplatissement devait avoir gêné la circulation des matières fécales ; mais il n'existait pas seul : dans le petit bassin même entre les deux tumeurs formées par la trompe gauche et par l'ovaire droit, le rectum était manifestement resserré, rétréci et au-delà et près de l'anus considérablement dilaté. Ulcération folliculeuse dans le rectum. » (Dalmas, *Journal hebdomaire*, t. 1, p. 114, — et Andral, *Anatomie pathologique*, t. 2, deuxième partie, p. 700.)

Cette observation où la corrélation des symptômes et des lésions est si bien exprimée, présente le cas assez rare d'une inflammation des appendices utérins entièrement indépendante de la grossesse et de l'accouchement et qui ne peut pas même se rattacher à une excitation fonctionnelle de ces organes.

Jusqu'à quel point peut-on rapporter à l'inflammation chronique, les lésions suivantes ?

ARTICLE III.

Oblitération de la trompe utérine.

Ordinairement bornée à l'une des extrémités de ce conduit (Dugès), l'oblitération de la trompe peut se répéter plusieurs fois dans toute sa longueur (Andral) ; cet organe peut même se transformer en une tige entièrement pleine. On comprend toute la portée de ces oblitérations comme cause de stérilité. Les adhérences vicieuses du pavillon de cet organe ont aussi cette conséquence fâcheuse.

ARTICLE IV

Kystes de la trompe utérine.

Nous renvoyons à l'obstétrique, tout ce qui se rattache aux grosseurs tubaires ; l'hydropisie de la trompe a tant d'analogie avec celle de l'ovaire, est si difficile, si impossible, si inutile à distinguer sur le vivant, que nous n'en dirons que quelques mots. Tantôt la trompe plus ou moins

flexueuse, présente comme des nœuds qui répondent à ses oblitérations, et dont l'intervalle renflé contient des liquides de nature variable. Dans ces cas, en même temps qu'elle est hydropique, la trompe peut s'hypertrophier considérablement; on l'a vue peser sept livres, et contenir vingt-trois litres de liquide (Dehaen, *Ratio. med.* t. 3, p. 29.) Blanchard a trouvé dans un de ces kystes jusqu'à cent douze livres de sérosité; il est vrai que l'ovaire et le ligament large faisaient partie de la tumeur, et concouraient à la constituer. Pourquoi cette grande accumulation de liquide serait-elle plus surprenante pour un kyste de la trompe, que pour un kyste de l'ovaire? Nous le répétons, la marche, les symptômes, les terminaisons, e c., de ces deux hydropisies se ressemblent trop complétement, pour que nous nous y arrêtions ici. Nous rappellerons seulement un cas remarquable cité par J.-P. Frank : la sérosité du kyste s'échappa jusqu'à la mort par l'utérus et le vagin, à la quantité d'une livre par jour; la femme mourut d'épuisement, et l'on trouva encore trente et une livres de matière aqueuse et gélatineuse dans la trompe gauche; une chute dans laquelle l'hypogastre avait violemment porté, avait été considérée comme le point de départ de cette maladie. (*De cur. ret.* lib. 6, pars 1.)

Ces collections liquides ne sont pas les seules dont la trompe puisse être le siége : le sang menstruel retenu chez une femme imperforée, dilate à la fin l utérus et son appendice tubaire qui se rompt en divers points. (Dehaen, *Rat. med.*, t. 3, p. 32.)

Quant aux productions accidentelles de la trompe, elles sont par elles-mêmes trop peu intéressantes, et se rapprochent trop de celles de l'ovaire, pour mériter autre chose que cette simple mention.

5° **Maladies des Ovaires.**

ARTICLE 1.

Vices de conformation des ovaires. Anatomie et pathologie de la vésicule ovarique.

Le plus souvent, l'absence de l'ovaire coïncide avec celle de la matrice; mais divers observateurs, Engel et Dupuytren, ont rencontré l'ovaire avec l'agénésie de l'utérus, et d'après M. Négrier (*Recherches sur les ovaires dans l'espèce humaine*, p. 72), il y avait alors des signes incontestables du travail menstruel.

Nous allons analyser l'important Mémoire du savant professeur d'Angers, et comme il serait impossible de rien comprendre à la pathologie de la vésicule ovarique, sans savoir l'état normal de cette vésicule, exposons-le brièvement.

Le parenchyme de l'ovaire d'un enfant qui vient de naître, dit M. Négrier, paraît homogène. Dès la première année, il s'y montre des granulations miliaires, dont le nombre n'a rien de constant. Haller qui les appelle des *œufs*, dit que certains auteurs en ont compté jusqu'à cinquante, et qu'il n'en a lui-même quelquefois vu que deux à six (*Éléments de phys.* t. 7, p. 112) Un peu plus tard, à ces granulations entourées d'abord d'une zône opaque, on trouve accolé un petit globule vésiculeux, dont les parois semblent formées par cette zône. Ce globule ou loge, contient une vésicule constituée par deux membranes concentriques et contiguës. Ces vésicules qui sont connues dans la science sous le nom de vésicules de Graaf, sont les *vésicules primaires* de M. Négrier. Elles sont le plus souvent rangées sur une ligne courbe qui suit le grand bord de l'ovaire : elles sont sphériques, transparentes, et de la grosseur d'un grain de petit plomb de chasse. Elles contiennent une goutelette de sérosité incolore.

Vers dix ou douze ans quelques vésicules s'accroissent; leurs membranes cessent d'être transparentes par l'interposition d'une matière grise pulpeuse qui se répand entre elles. En même temps les vésicules augmentent plus rapidement de volume que leurs loges ne s'aggrandissent; elles se froncent fortement et forment de petites bourses comprimées. A cette phase de son évolution la vésicule a reçu de M. Négrier le nom de *vésicule ou bourse grise*. La pulpe grise passe graduellement à la couleur jaune. Sous l'influence incessante de cette action organique qui préside à la fonction nouvelle qui va s'établir, le volume de la *vésicule jaune*

déjà mamelonnée et turgescente, augmente par l'afflux d'un liquide qui en déplisse la cavité et la distend. Qu'on examine alors l'ovaire, on voit que la vésicule gonflée de plus en plus vient toucher et soulever ses enveloppes : elle fait effort contre elles non sans réagir sur tout l'organe, car les tuniques fibreuses doivent résister longtemps sans se déchirer. C'est cette distension violente et souvent douloureuse des membranes et du parenchyme de l'ovaire qui produit la congestion générale des organes génitaux au milieu de laquelle la vésicule jaune se rompt et que se fait l'écoulement des règles. Cette rupture vésiculaire qui se répète à chaque époque fait la cicatrice dont l'origine avait tant exercé la sagacité des physiologistes. Un dernier mot sur l'anatomie des vésicules : elles tiennent à leurs loges par des filets celluleux d'autant plus solides et plus nombreux que le développement de cet organe est plus avancé, de sorte qu'il est plus difficile d'extraire de sa loge une bourse grise qu'une vésicule transparente et qu'il est impossible d'en enlever une vésicule jaune sans la briser.

Ces trois ordres de vésicules ou, si l'on veut, la vésicule ovarique à ses trois degrés, est susceptible d'avortement. Les vésicules *primaires* avortées sont flasques; leurs enveloppes et le parenchyme voisin ne sont pas plus injectés que les autres points de l'intérieur de l'ovaire. Il est rare d'en trouver des traces, sans doute parce que l'arrêt de développement a lieu à une époque où les parois de ces vésicules sont encore minces et transparentes et l'absorption suffit à les faire disparaître complétement. Il pourrait donc ainsi arriver que certain nombre d'entre elles ne laissât aucune trace de son existence éphémère. Il n'en n'est plus de même quand elles se transforment en kystes séreux ; alors les débris en sont toujours reconnaissables. Ces kystes sont fermes, solides, d'un blanc qui rappelle celui de la sclérotique ; ils contiennent un liquide d'une teinte légèrement opaline. Ce sont les kystes hydrophoriques de Madame Boivin. Ils s'accroissent lentement et peu, et leurs parois s'épaississent à mesure de leur développement, de leur ampliation, jusqu'à ce que la poche ait atteint le volume d'un œuf ; alors l'amincissement commence. Quelquefois, l'humeur est résorbée et l'enveloppe forme ces noyaux nacrés qu'on rencontre chez les vieilles femmes. — L'altération des *bourses grises* donne lieu à ces tumeurs grisâtres, à surface mamelonnée, présentant quelquefois à leur circonférence des points ramollis semblables à de la matière encéphaloïde ou tuberculeuse à l'état caséeux. — Leur avortement ne laisserait pas de vestiges appréciables. — Celui de la vésicule jaune se reconnaît à son aplatissement et dans la vieillesse à un petit noyau briqueté ou crétacé. Cette vésicule jaune suppure quelquefois et même d'une manière grave et peut se vider dans le péritoine Elle peut offrir, pour nous servir d'une expression heureuse du professeur Andral, expression qui a fait fortune dans la science, elle peut offrir une hypercrinie de la matière jaune. Enfin la vésicule peut offrir un embryon ; —une congestion qui rend l'ovaire rouge, dur et bosselé. — Terminons là cette espèce de pathogénie de l'ovaire, qui bien qu'incomplète, servira d'introduction naturelle aux maladies de l'organe.

ARTICLE II.

Déplacements de l'ovaire.

Lié par sa racine à un viscère mobile, mobile lui-même et flottant dans la cavité du ventre, l'ovaire est susceptible de nombreux déplacements, les uns consécutifs à une altération grave de sa texture, les autres résultant d'une simple inflammation adhésive de sa tunique péritonéale. Dans les premiers, tantôt libre de toute adhérence, l'organe ne quitte sa position que parce qu'il est entraîné en bas par le poids de la masse morbide à laquelle il sert de gangue : souvent même la tumeur, devenue trop volumineuse pour rester contenue dans le bassin, remonte dans l'abdomen et dépasse en ce sens le niveau normal de l'ovaire, et l'élève ainsi dans cette phase de son évolution comme elle l'avait abaissé dans l'autre ; c'est, sous ce rapport, la répétition du double mouvement qu'exécute la matrice pendant la grossesse ; tantôt au contraire un travail

phlegmasique lent a enchaîné l'ovaire dans sa position vicieuse, par des brides ou des dépôts plastiques plus ou moins organisés. Ici le déplacement n'étant qu'un épiphénomène de lésions plus importantes que nous étudierons plus tard, nous devons pour le moment nous borner à cet aperçu. Mais dans la deuxième variété il n'en est plus de même; c'est tout l'opposé : c'est le déplacement de l'ovaire qui est le point essentiel, la maladie, tandis que sa cause, une légère adhérence, est toute secondaire. L'intestin dans ses diverses parties, l'estomac même, tout autre viscère du ventre peut changer de place et même se transposer, sans lésion importante de ses fonctions : pour l'ovaire, s'il se trouve hors la portée de la trompe c'est comme s'il était supprimé, il devient inutile à la fécondation. Que dans une grossesse antérieure ou dans un des mille flottements auxquels il est sujet, au milieu du paquet mouvant des intestins, l'ovaire soit retenu et fixé par une phlegmasie locale du péritoine; éloigné du pavillon de la trompe, il est mis hors de service, et la stérilité s'en suit si une lésion semblable ou différente frappe à la fois les deux organes.

ARTICLE III.

Hernies de l'ovaire.

La hernie de l'ovaire est peut-être moins rare qu'on ne pense, car elle n'a guère été reconnue que lorsque le bistouri l'a mise à nu pour un débridement, et l'organe très-peu irritable n'est pas susceptible d'étranglement; il a donc fallu qu'un autre viscère, engagé simultanément dans le même orifice, présentât cet accident, et l'on sent que ce ne sont pas les grosses hernies qui sont ordinairement dans ce cas. C'est à Soranus d'Éphèse qu'appartient le premier exemple, et ce n'est que quinze siècles plus tard que Bessière, célèbre chirurgien de Paris, rencontra le pavillon de la trompe à côté d'une anse intestinale dans l'anneau inguinal et encore l'ovaire était-il étranger à la tumeur. Il s'écoula plus de quatre-vingts ans avant que Verdier, que J.-L. Petit avait associé à ses travaux, fît connaître le second cas de cette affection. Haller en publia un troisième en 1755 (*Disp. chirurg. select.*, t. III, p. 313), etc. Enfin, M. Deneux a réuni tous ces faits dans un mémoire qu'il a enrichi de ses propres observations et qui reste encore le meilleur traité sur la matière (Deneux, *Mélanges*, t. VIII, p. 7). Nous allons le prendre pour guide sans négliger ceux qui l'ont suivi.

Causes de la hernie de l'ovaire. A part les influences générales qui préparent et déterminent la sortie des viscères abdominaux par les fissures de la paroi qui les enveloppe, à part ces influences parmi lesquelles l'existence et la persistance du canal de Nuk se range en première ligne, celles qui suivent ont une portée toute spéciale, et s'adressent directement à l'ovaire.

Dans l'enfance, le peu de développement du bassin qui maintient la matrice plus élevée, et la met à la hauteur de l'anneau inguinal; la forme allongée, étroite et la surface lisse des ovaires, leur mobilité, leur situation au devant du psoas, espèce de pente qui les dirige vers deux orifices herniaires; dans l'âge adulte, les différents déplacements auxquels l'utérus est sujet, surtout l'antéversion, l'obliquité ou l'inclinaison latérale de son fond; enfin, les changements qui arrivent aux ovaires aussitôt que la femme devient incapable de perpétuer son espèce, changements si marqués, que ces organes, perdant beaucoup de leur grosseur, cessent d'être bosselés et se flétrissent; en un mot, leur atrophie sénile; voilà autant de causes prédisposantes de leur hernie. Le développement de l'utérus produit par la grossesse, par de l'air, de l'eau, des hydatides ou un polype, les squirrhes de cet organe, ses tumeurs fibreuses, etc., en diminuant la capacité de la cavité abdominale et en changeant les rapports des ovaires, peuvent être à la fois causes prédisposantes et efficientes de leur hernie; l'état squirrheux de ces derniers, qui augmente toujours leur volume et leur pesanteur, peut encore la déterminer, et cette cause semble avoir été la seule qui ait donné lieu aux tumeurs herniaires ischiatiques et vaginales, observées par Camper et Denman (Deneux, pag 60).

Caractères anatomiques de la hernie de l'ovaire. Ils se rapportent à l'orifice que

traverse l'organe, et à l'état de l'organe lui-même, ainsi qu'à la composition de la hernie en général.

1o *L'anneau inguinal* est l'orifice privilégié de la hernie ovarique; c'est au point que, contrairement à ce qui a lieu pour les autres viscères chez la femme, elle est environ dix fois plus fréquente que par l'ouverture crurale; différence inexplicable, si l'on ne se rappelait pas les dispositions anatomiques précédemment exposées, et surtout le canal de Nuk, qui semble destiné à être un éternel sujet de contestation parmi les anatomistes. Lassus le nie; Haller, qui l'avait rejeté d'abord, l'admet ensuite avec Cooper; M. Velpeau pense qu'il ne se prolonge pas jusque dans l'aine; M. Cruveilhier soutient qu'il persiste assez souvent jusque dans un âge très-avancé. Quoi qu'il en soit, pour se rendre compte de la fréquence de la hernie ovarienne par le trajet inguinal, il faut bien admettre que souvent la hernie est congéniale, ou que le canal de Nuk ne s'oblitère pas toujours.

Nous allons rapporter un cas où chacun des ovaires sortait par le canal inguinal correspondant. N'est-il pas très-probable qu'il y avait en même temps une antéversion de l'utérus, cause ou effet de cette double hernie? Voici l'observation:

« Une fille, âgée de vingt-trois ans et d'une bonne constitution, entra à l'hôpital de St-Barthélemy pour deux tumeurs qui, situées aux aines, lui causaient depuis plusieurs mois des douleurs si vives qu'elle ne pouvait se livrer à ses occupations ordinaires.

» Cette fille, vigoureuse, d'une bonne santé et bien réglée, avait le ventre libre et n'éprouvait d'autre incommodité que celle qui résultait de la compression des tumeurs lorsqu'elle se baissait, ou que, par d'autres mouvements, elles se trouvaient gênées. D'ailleurs elles étaient sans inflammation, molles, inégales à leur surface, très-mobiles et placées à l'extérieur des orifices tendineux des muscles costo-abdominaux.

» Les saignées, les purgatifs et les tentatives de réduction faites par plusieurs chirurgiens, ayant été sans effet, on se détermina à l'opération. La peau étant divisée, on découvrit un sac membraneux et mince, dans lequel on trouva un corps si ressemblant à un ovaire qu'il était impossible de le prendre pour autre chose; on fit la ligature près de l'anneau et on le coupa. La même opération fut pratiquée de l'autre côté et on découvrit absolument la même chose, tant en opérant qu'en examinant les parties extirpées.

» Depuis lors la femme jouit d'une bonne santé; mais ses seins s'affaissèrent, les règles ne vinrent plus, et à la place de l'embonpoint qui diminua, il s'établit une prédominance virile du système musculaire » (Percival Pott. *Œuvres chirurgicales*, t. I, p. 492).

Outre le laconisme de cette observation, la conduite chirurgicale de son auteur n'a-t-elle point été un peu légère? Entreprendre une double opération grave pour quelque gêne dans le travail; et une fois la nature de la tumeur reconnue, condamner cette femme à tous les inconvénients de la castration, est-ce là de la saine pratique? Quand même il y aurait eu un étranglement réel, n'eût-il pas été plus convenable de débrider, puis, au lieu de retrancher l'ovaire, de le refouler dans le ventre, à l'exemple de Lassus, par une compression méthodique et prolongée. Ce sont les réflexions que nous soumettons au lecteur avec toute la réserve que commande l'homme célèbre qui en est l'objet.

2° Après le canal inguinal c'est le *canal crural* qui livre le plus souvent passage à l'ovaire, ce qui est, nous le répétons, tout le contraire de ce qui a lieu pour les autres viscères. Voici pour expliquer cette exception des considérations très-bien exposées par M. Deneux.

« Cette différence des hernies de l'ovaire d'avec celles produites par les intestins, l'épiploon, etc., ne viendrait-elle pas de ce qu'elles ont été observées le plus souvent dans l'enfance, où l'on voit cet organe, élevé et situé sur le muscle psoas (prélombo-trochantinien), avoir plus de rapport avec l'anneau qu'avec l'arcade crurale toujours peu développée à cet âge; ou bien de ce qu'on les a rencontrées chez des femmes âgées, dont l'anneau dilaté par plusieurs grossesses, n'avait pas repris son état ordinaire; tandis que le ligament de Poupart placé à l'endroit le plus

déclive des parois de l'abdomen, et moins sujet à être distendu que les autres points de ses enveloppes, a conservé ses dimensions et sa résistance naturelles. Un exemple de Pott et un autre consigné dans la pathologie chirurgicale du professeur Lassus semblent contraires à ce que nous avançons; mais si l'on observe que la fille dont parle le chirurgien anglais n'éprouva des accidents que quand elle fut obligée de se livrer à des travaux pénibles; que cet auteur ne dit rien de la cause qui détermina la sortie de l'ovaire, et depuis quel temps il formait hernie; si l'on fait de même attention que la jeune fille citée par Lassus, âgée au plus de dix-huit ans, souffrait depuis longtemps d'une tumeur située dans l'aine et dont les causes déterminantes nous sont également inconnues, ne pourrait-on pas croire que ces malades portaient leur hernie dès l'âge le plus tendre et que les accidents ne survinrent à l'époque de la puberté ou peu de temps après, que parce que l'ovaire ayant acquis tout son développement aura été comprimé par l'anneau ou froissé dans quelques-uns des mouvements des membres abdominaux? Ne sera-t-il pas encore possible que le canal de Nuk, s'étant conservé longtemps après la naissance de ces deux sujets, ait favorisé la sortie de l'ovaire par l'anneau inguinal? On serait d'autant plus porté à le croire que Le Cat trouva ce conduit du volume d'une plume d'oie chez une femme âgée de quarante ans. La portion située au-dessous de l'anneau formait une petite vésicule remplie d'humeur aqueuse. » (Deneux, *Ibid.*, p. 27).

Nous venons de voir que les vues de M. Cruveilhier confirment celles de M. Deneux.

3° Papen de Gottingue, auquel on doit la connaissance des hernies ischiatiques, publia en 1750 l'observation d'une monstrueuse hernie qui s'était faite par cette ouverture et dans laquelle était compris l'ovaire droit. (Haller, *Disput. chir.*, t. III, p. 313. Camper, *De pelv f.*, p. 17), en rapporte un autre dans lequel l'ovaire gauche était seul contenu dans le sac.

4° *L'anneau ombilical* ne saurait recevoir l'ovaire tant que le développement de l'utérus n'aura pas élevé cet appendice bien au-dessus du niveau qu'il conserve dans l'état de vacuité du viscère. D'après Portal (*Anat méd.*, t. V, p. 556), Camper vit, sur une femme morte en couches, l'ovaire droit sorti par l'échancrure ischiatique, et le gauche rempli d'hydatides faisant partie d'une épiplomphale.

Nous ajoutons même que bien que possible pendant la grossesse et dans toute affection de la matrice, qui en aura amené le fond à la hauteur de l'ombilic, l'existence de cette hernie, comme fait accompli, ne nous paraît point encore démontrée. Dans le but de vérifier la citation de Portal qu'on vient de lire, nous avons, à l'exemple de M. Deneux, parcouru Camper, et il ne nous a pas été donné non plus d'y trouver rien qui ait trait à la hernie de l'ovaire par cet anneau. Portal aurait-il puisé ce fait à une source inconnue de nous? Ce qui nous porte à croire qu'il aurait plutôt commis une erreur dans sa citation, c'est que Camper parle de la sortie de l'ovaire gauche par l'échancrure ischiatique, mais sans qu'il soit question de l'issue de l'ovaire droit par l'ombilic, addition que, par suite de quelque méprise, le médecin français aura faite à l'observation du chirurgien hollandais. Nous le répétons, la hernie de l'ovaire par l'ombilic reste jusqu'ici problématique.

5° On ne peut pas donner le nom de *hernie ventrale* de l'ovaire à l'issue de cet organe à travers une ouverture chirurgicale ou traumatique de la paroi abdominale, comme Ruysch (*Observations anatom. chirurgic.*, p. 16), Stein (*Bibliothèque germanique*, t. 1, p. 127) et Lauverjat (*Nouvelle manière de pratiquer l'opération césarienne*), en rapportent des exemples. Dans un cas c'est un médecin qui ouvre le ventre en vidant un abcès; dans les deux autres c'est pendant l'opération césarienne que l'ovaire s'échappe au dehors. Stein fait mention d'un accident qui mérite d'être noté pour qu'on ne le perde pas de vue et qu'on l'évite dans la pratique : « L'un des ovaires et l'épiploon sortaient par l'angle supérieur de la plaie; l'un et l'autre furent réduits; mais au lieu de faire rentrer l'épiploon dans la cavité péritonéale, il paraît qu'on le poussa dans

celle de l'utérus ; car la femme étant morte quatre jours après l'opération, on en trouva une portion entre les bords de la division de la matrice, tellement adhérente à son tissu qu'on eut de la peine à l'en détacher. » Remarquons que si cette hernie se produisait par le développement de l'utérus, elle se réduirait par le retour du viscère sur lui-même, à moins que le grossissement morbide de l'ovaire, le retrécissement de l'anneau qu'il traverse ou des adhérences ne s'opposassent à la rentrée de l'organe déplacé. Si cette dernière supposition se réalisait, qu'en résulterait-il ? La matrice resterait-elle suspendue par l'ovaire au milieu de la cavité abdominale? N'est-il pas probable que sous l'influence de la tension qu'il éprouverait, le ligament de l'ovaire s'allongerait peu à peu, opérerait lentement au moins un commencement de réduction de l'ovaire lui-même, et que par ce double effet l'utérus pourrait, après des tiraillements plus ou moins pénibles, regagner insensiblement sa situation normale ? Ce sont des prévisions que nous soumettons au lecteur et à l'expérience clinique.

6° *Le vagin* n'a point encore été non plus le siége de la hernie de l'ovaire proprement dite, car on ne peut pas ranger sous ce titre la saillie plus ou moins prononcée que forme une tumeur ovarienne dans le conduit vulvo-utérin. Si l'ovaire sain ou d'un volume normal déprimant la paroi vaginale éraillée ou relâchée, comme le fait la vessie ou l'intestin, offrait un relief dans le vagin, ce serait alors une véritable hernie, mais elle n'a point, que nous sachions, été observée, et tout ce qu'a dit Madame Boivin dans le mémoire déjà cité ne se rapporte qu'à des masses liquides ou solides dont l'ovaire était la coque ou le siége.

L'état de l'ovaire et la composition de la hernie dans laquelle il entre ou qu'il constitue nous restent à examiner pour compléter les caractères anatomiques.

Lorsque la hernie est congéniale et n'est pas encore ancienne, le plus souvent c'est l'ovaire et l'ovaire sain qui la constitue à lui seul; tel était le cas observé par Veyret et cité par Verdier dons son mémoire sur les hernies de la vessie (*Mém. de l'Acad. de chirurg.*, t. 2, p. 3), celui de Lassus (*Médecin. opér.*, t. 1, p. 211) et celui de Billard (*Traité des maladies des enfants nouveau-nés*, p. 474). La hernie se produit-elle accidentellement à un âge plus avancé, souvent encore l'ovaire y est seul, mais alors il présente presque toujours quelque altération, soit du gonflement, une sorte d'hypertrophie, soit des hydatides ou même du tissu cancéreux comme dans la tumeur ischiatique observée par Camper. Congéniale ou accidentelle, si elle est vieille, la hernie de l'ovaire est ordinairement complexe et se compose en même temps de la trompe correspondante et de la matrice (Lallement, *Mém. de la Société d'émulation*, t. 3, p. 327), quelquefois des deux trompes, de l'autre ovaire et de la matrice (Desault, *OEuvres chirurg.*). Murat a trouvé dans une hernie crurale, avec l'utérus et ses appendices, une partie du vagin (*Dict. des Sciences méd.*, t. 39, p. 35).

En général ce qui suit l'ovaire dans ses migrations au dehors ce sont quelques dépendances de l'appareil générateur interne, cependant l'intestin l'accompagne aussi par fois et se place tantôt en arrière (Soranus d'Ephèse) tantôt en avant (Cruveilhier).

Comme tous les autres viscères susceptibles de s'échapper du ventre par les anneaux, l'ovaire est libre ou adhérent au sac.

Symptômes de la hernie de l'ovaire. Pour étudier cette hernie sous le point de vue symptomatique, nous la prendrons d'abord dans sa plus grande simplicité, quand elle n'est compliquée ni de la présence d'un autre organe dans le sac, ni d'étranglement, ni de dégénérescence. En éliminant ainsi tout ce qui lui est étranger ou accidentel, il sera plus aisé d'en saisir la véritable physionomie. Nous commencerons par les symptômes fonctionnels pour terminer par les symptômes locaux. Il n'y a aucun dérangement du tube digestif, ni coliques, ni constipation, ni vomissements Les autres organes abdominaux et l'utérus lui-même ne manifestent non plus aucun trouble. On a bien signalé une douleur et un tiraillement qui se montraient dans le décubitus dorsal ou sur le côté opposé de la hernie, sensations

qui se dirigeaient de l'ovaire déplacé à la situation actuelle de l'utérus; mais dans le seul cas où ce phénomène soit indiqué (obs. de M. Deneux) le poids de la matrice remplie d'un fœtus presque à terme, ou non encore revenue sur elle-même après l'accouchement, rend parfaitement compte de cette exception qui, dans les travaux les plus récents, nous semble avoir été mal à propos donnée presque comme la règle.

Quant à la tumeur, quelle que soit l'ouverture où elle se développe, elle est sans changement de couleur à la peau, circonscrite, du volume et de la forme d'un œuf de pigeon, rénitente, plus ou moins sensiblement bosselée et toujours le siége d'une douleur plus ou moins vive surtout à la pression. Cette douleur paraît se propager dans le bassin, vers l'utérus, le long du bord supérieur du ligament large (Deneux, qui généralise peut-être trop ici un symptôme de la malade unique qu'il a observée). Il arrive que la tumeur grossit considérablement à l'époque des règles pour disparaître presque avec elles (P. Verdier, *Traité pratique de la hernie*).

Pendant cette période de la vie avec laquelle elle est compatible, c'est-à-dire depuis la puberté jusqu'à l'âge de retour, cette variation de volume serait un signe pathognomonique. En la supposant constante en réalité, sera-t-elle toujours appréciable? La réduction de la hernie ovarique, quand elle est possible, n'est jamais spontanée; même dès l'origine, elle ne se fait que difficilement et sans bruit sous les efforts du taxis. Que l'ovaire ne rentre pas de lui même, on le conçoit; sous quelles influences en effet l'intestin et l'épiploon sortent-ils du sac pour reprendre leur position dans le ventre? Ces deux organes solidement attachés à la colonne vertébrale par des replis du péritoine se trouvent tendus quand le tronc se renverse en arrière, et c'est aussi dans cette circonstance que s'opère ordinairement leur réduction spontanée. De plus, les mouvements péri et anti-péristaltiques du tube digestif facilitent ce phénomène; comme le développement de ce canal par des aliments ou par des gaz, rejette en avant l'épiploon et peut ainsi le retirer de l'anneau. L'utérus, au contraire dont tous les ligaments sont confinés au bassin, reste étranger à l'extension de l'épine et comme il prend et conserve facilement une inclinaison quelconque et que d'ailleurs l'antéversion est peut-être plus souvent la cause que la conséquence de la hernie de l'ovaire, rien ne tend à dégager cet appendice de la loge extra-abdominale où il s'est échappé. L'absence de gargouillement se conçoit encore mieux; elle est nécessaire. Mais pourquoi donc la difficulté de la réduction sous le taxis? Ce n'est encore que par des rapprochements que la question peut s'éclaircir, ce n'est que par la voie de l'analogie et de l'induction qu'on arrive à sa solution. La portion intestinale ou épiploïque herniée diminue de volume par la pression, l'une parce qu'elle se vide à travers le rétrécissement qu'elle subit à l'anneau, et que toutes deux compressibles, en quelque sorte malléables, se laissent déformer sous le doigt et se moulent à la filière par laquelle elles doivent repasser. Dès que la tumeur épiploïque acquiert avec de l'accroissement une dureté excessive, elle est irréductible. Eh bien, ce qui est accidentel pour cette membrane graisseuse, est inhérent à la nature même de l'ovaire. Bosselé et d'un tissu peu compressible, une fois que par un effort il a pénétré dans un anneau, le moindre développement au dehors, que le resserrement qu'il éprouve à la racine de la tumeur rend inévitable, s'oppose à sa rentrée dans l'abdomen. Souvent même la forme pédiculée de l'organe serait un obstacle suffisant à son retour à travers un orifice revenu par son élasticité de l'état de dilatation violente où l'avait mis momentanément la cause de la hernie. Voilà des idées que nous soumettons au praticien qui ne se borne pas à enregistrer les faits à l'état brut, mais qui aime encore à s'en rendre compte et à les rattacher les uns aux autres, à les enchaîner par les liens qui semblent au moins les gouverner.

On peut tirer du toucher de très-bons renseignements. En ramenant le museau de tanche du côté de la tumeur herniaire, le fond de l'utérus, par un mouvement de bascule, tend à s'en éloigner; pendant cette manœuvre, une augmentation de douleurs ou de tiraillements vers l'an-

neau, pourra se manifester, et contribuer singulièrement à fixer le diagnostic. Lassus qui a proposé ce moyen (*Pathol. chirurgicale*, t II, p. 100), en conseille un autre moins efficace, la compression hypogastrique qui, selon cet auteur, donnerait naissance aux mêmes symptômes. Oui, mais si la hernie était intestinale ou épiploïque, le résultat serait-il différent?

Quand l'ovaire occupe un sac qui lui est commun avec la matrice, l'intestin ou l'épiploon, la hernie prend des caractères mixtes qui en rendent les éléments moins faciles à distinguer. On y parviendra cependant généralement par l'analyse des signes propres à la hernie de chacun des organes qui entrent dans la composition de la tumeur. Nous reviendrons sur ce point.

Diagnostic de la hernie ovarique Nous insistons ici sur la séméiologie, parce qu'il n'y a pas un seul exemple incontestable où la maladie ait été reconnue sur le vivant.

a. Réductible, la hernie de l'ovaire ne saurait se confondre qu'avec une épiplocèle également réductible. Mais la tumeur graisseuse est moins bien circonscrite et rarement douloureuse à la pression; les douleurs et les tiraillements qui l'accompagnent au lieu de retentir à l'hypogastre, répondront à l'épigastre, et au lieu de se manifester dans le décubitus sur le côté opposé, ce ne sera guère qu'après le repas. De plus, les mouvements imprimés au col de l'utérus, ne produiront aucun effet sur elle.

b Irréductible, elle se distinguera d'un ganglion lymphatique par les mêmes signes négatifs, et en ce que la glande est assez mobile, rarement seule, et précisément en face d'une ouverture herniaire, qui d'ailleurs alors reste libre.

c. Compliquée d'hydatides, elle serait aisément prise pour une entéro-épiplocèle comme dans le cas de M. Deneux; cependant l'absence des coliques, le volume presque toujours le même et peu susceptible de diminution, la localisation de la douleur à l'hypogastre, la rareté, souvent la nullité des vomissements excluent, en général, l'idée d'une hernie intestinale dont la rentrée, si elle était possible se ferait avec gargouillement. Sur cette dernière les mouvements du col utérin seraient sans influence.

d. Compliquée de dégénérescence squirrheuse ou autre, qui la rendrait presque nécessairement irréductible, elle ne se reconnaîtrait plus qu'aux signes négatifs des autres hernies et à l'influence qu'auraient sur elles les déplacements communiqués au col utérin, et peut-être le décubitus. Il serait d'ailleurs téméraire, ici comme partout, de prétendre prévoir tous les cas qui pourront se rencontrer dans la pratique. Un dernier mot: Si la tumeur se gonflait à chaque époque menstruelle, plus de méprise imaginable.

e. Compliquée d'étranglement, elle se présente sous un aspect variable suivant les circonstances, mais il importe, en raison de ce qu'il a de spécial sous plus d'un rapport, d'étudier ici cet accident d'une manière un peu approfondie.

Outre les causes générales de l'étranglement, celui de l'ovaire en reconnaît encore une dans l'accroissement que ce corps glanduleux prend pour toujours à l'établissement de la puberté et du gonflement momentané qu'il acquiert à chaque époque et pendant la grossesse.

On sait en effet que les ovaires fort petits dans l'enfance restent stationnaires jusqu'à ce que s'annonce leur aptitude à la fonction qui leur est dévolue, et qu'alors se couvrant de vésicules et se bosselant, ils arrivent promptement à toute leur grosseur.

Pendant l'écoulement des règles ils partagent la turgescence périodique dont la matrice est le siége; c'est un fait physiologique constaté sur le cadavre par Mauriceau, Littre, M. Deneux, etc.; et sur le vivant, par M. P. Verdier, ainsi que nous l'avons déjà vu.

C'est surtout dans la grossesse qu'ils augmentent, doublent, triplent même quelquefois de volume. Jusqu'au tissu de leurs ligaments qui devient spongieux et s'enfle alors par le développement des vaisseaux qui le parcourent. Morgagni et Portal ont fait les mêmes observations sur le ligament rond que M. Deneux (*ibid.*, p. 71) a rencontré se prolongeant, sous la forme d'un bourrelet de la grosseur du petit doigt, depuis l'anneau jusqu'à la grande lèvre correspondante.

Qu'une de ces trois causes de gonflement vienne surprendre l'ovaire dans un anneau fibreux, et l'étranglement se manifestera.

Quoi qu'il en soit des causes de l'étranglement de l'ovaire, les symptômes qui l'annoncent ne sont que l'exagération de ceux qui caractérisent la hernie simple de cet organe : la douleur est plus aiguë, et le tiraillement plus pénible. Il n'y a ni vomissements, ni nausées, ni constipation. Cependant, la malade observée par M. Deneux avait des maux de cœur le jour de l'opération, alors que le ballonnement et la sensibilité du ventre trahissaient déjà au moins l'imminence d'une péritonite. En un mot, et c'est la conviction que donne l'étude attentive des faits, l'aspect de l'étranglement de la hernie de l'ovaire est le même que celui de l'étranglement de l'épiplocèle, avec un peu moins d'intensité, surtout, dans les phénomènes sympathiques. Nous terminons ce qui a trait au diagnostic en notant que la hernie ovarique a été prise pour une tumeur lymphatique (Lassus), pour un abcès cutané (Lassus), pour une épiplocèle (Pott), pour une entéro-épiplocèle (Lallement et Deneux). Ces erreurs, commises par des hommes habiles, ne recommandent-elles pas la plus grande attention dans l'exploration des tumeurs des régions herniaires!

Pronostic de la hernie de l'ovaire. La hernie ovarique et les opérations qu'elle a nécessitées, n'ont jamais été suivies de mort, si l'on doit s'en rapporter aux observations qui ont été publiées. Le danger que courut la malade de M. Deneux, montre pourtant la gravité que peut avoir cette affection, quand elle se complique d'étranglement. La gêne des mouvements et la possibilité d'un avortement produit par la distension du ligament de l'ovaire dans l'ascension de l'utérus, sont aussi des considérations dignes d'un grand intérêt.

Traitement de la hernie de l'ovaire. Que cette hernie soit simple ou étranglée, il faudra dans tous les cas essayer le taxis; irréductible et sans accidents, on la contient à l'exemple de M. P. Verdier, avec un brayer approprié; si elle ne rentre pas et que des symptômes graves se développent, on les combat par la position, les saignées, les fomentations, les cataplasmes, par les refrigérants, en un mot, par tous les moyens usités contre l'étranglement herniaire à son début, et s'ils sont tous sans succès, il ne reste plus que l'opération. Elle ne présente rien de spécial ici, tant qu'on n'est pas arrivé au sac : une fois là, il faut se rappeler qu'il contient à peine quelques gouttes de sérosité (Deneux), et que l'ovaire peut y être baigné de pus (Lassus, *Pathol. chirurg.* t. II, p. 101). Si le diagnostic avait offert des incertitudes, l'examen attentif de la composition de la tumeur herniaire les ferait disparaître. L'ovaire hernié contracte si vite des adhérences, que nous ne connaissons pas un seul exemple où le débridement en ait rendu la réduction immédiatement praticable. Toujours on a été obligé de retrancher une partie ou même la totalité de l'organe, excepté dans le cas suivant où après avoir échoué dans ses tentatives pour le replacer sur le-champ, Lassus en opéra peu à peu la réduction, par une compression prolongée.

Obs. 1. Une petite fille de quatre à cinq ans avait une tumeur dure, circonscrite, rénittente et douloureuse vis-à-vis l'anneau inguinal du côté droit. Il s'y forma un abcès sous-cutané; quand il fut ouvert, Lassus vit l'ovaire au dehors, plus volumineux qu'il ne l'est à cet âge, ce qui sans doute provenait de l'étranglement qu'il avait subi. L'ulcère fut pansé avec de la charpie sèche; les parties s'affaissèrent par la suppuration, et au moyen d'une douce pression exercée par l'appareil, la tumeur ayant disparu peu à peu, cette petite fille fut guérie au bout d'une quinzaine de jours (Lassus, *ibid.*, t. II, p. 101). L'auteur ne dit point qu'il ait débridé et tenté la réduction immédiate; faut-il le supposer? En tout cas, sa conduite qui annonce un véritable chirurgien, mérite d'être imitée. Essayez la réduction immédiate; si elle est impossible, tentez de l'obtenir lentement par une compression méthodique. Ne fît-on que rentrer l'ovaire dans l'anneau, ce serait déjà un demi-succès; car lors même que l'organe resterait inutile à la génération, il jouerait le rôle de tampon, en obturant l'orifice herniaire.

Si l'ovaire était le siége d'une dégénérescence; s'il portait un kyste séreux ou hydatique, il faudrait se garder de tenter la réduction, mais bien plutôt exciser toute la partie malade. Ne serait-ce pas en effet un contre-sens impardonnable, que de replacer dans l'abdomen le germe d'une affection dont le développement peut être mortel ; n'est-ce pas au contraire très-heureux que le mal chassé d'une enceinte dont les blessures sont si fatales, vienne s'offrir en quelque sorte à l'instrument qui l'enlève au dehors, sans danger? Il faut donc se comporter comme M. Deneux, dans l'observation suivante. Nous la donnons presque en entier, parce qu'elle est de toutes, la plus complète et la plus instructive. Elle présente le tableau clinique de la hernie ovarique étranglée, d'une manière plus pratique que ne le ferait une simple description.

Obs. 2. « Madame R., âgée de quarante-deux ans, née et élevée à la campagne, d'une forte constitution, fut mariée dans sa vingt-deuxième année, et vint alors habiter la ville, où un concours de circonstances particulières développa beaucoup sa sensibilité.

» En dix-huit ans elle eut d'abord six enfants forts et vigoureux, qu'elle nourrit, puis trois fausses couches précédées de pertes; à la suite de ces dernières, étant très-maigre, sujette à des affections nerveuses et ayant constamment, depuis deux ans, des mouvements convulsifs dans le bras droit, elle devint enceinte vers la fin d'avril 1807. Des saignées faites à l'époque du deuxième et du troisième mois de la gestation, prévinrent les pertes et la fausse couche.

» A quatre mois et demi de grossesse, elle fit en courant une chute sur les genoux et le bas-ventre; cette chute donna lieu à des douleurs dans la région lombaire et hypogastrique ; celles que la malade ressentit dans la dernière affectaient une direction transversale, un pouce au-dessus du pubis ; elles étaient presque constantes et supportables tant que l'enfant restait en repos, mais toujours augmentées par ses mouvements.

» Madame R... se plaignait, en outre, d'éprouver un tiraillement pénible, qui, partant de l'aine gauche, se propageait en travers dans la région hypogastrique, jusque vers le bas de la fosse iliaque droite : il était également augmenté par les mouvements du fœtus.

» Couchée sur le dos, cette femme souffrait davantage de l'un et de l'autre accident, et située sur le côté gauche, elle en avait à peine le sentiment; il en était de même lorsque, étant debout, elle se penchait en avant et pressait l'abdomen de droite à gauche.

» Madame R.... m'ayant assuré qu'aucune tumeur ne se manifestait dans l'aine gauche, et qu'il n'y avait point de contusion aux enveloppes abdominales, je me bornai à prescrire un repos absolu, et à pratiquer une saignée que je réitérai le lendemain. Quarante-huit heures après la chute, les maux de reins disparurent; la région hypogastrique, qui d'abord était très-douloureuse, devint moins sensible, et, au bout de quinze jours, cette femme reprit ses occupations ordinaires, non sans ressentir, il est vrai, le tiraillement et la douleur dont nous avons parlé; souvent même ils furent tels, dans les moments où l'enfant s'agitait, qu'elle pouvait à peine les supporter. Vers six mois et demi de grossesse, les mêmes accidents contraignirent madame R... à faire moins d'exercice, et à recourir à la saignée, qui procura un peu de soulagement; mais pendant les dernières semaines de la gestation, la douleur hypogastrique et les tiraillements reparurent avec tant de violence, surtout pendant les mouvements de l'enfant, qui étaient presque continuels, qu'il survint des syncopes deux à à trois fois par jour.

» Le 23 janvier 1808, pendant une faible douleur, les membranes se sont rompues, et les eaux s'écoulèrent pendant trois jours. Le 26, à neuf heures du matin, quelques douleurs déterminèrent l'accouchement, et la délivrance eut lieu par les seules forces de la nature. L'enfant, quoique fort et vigoureux, ne vécut que deux jours. N'ayant pu me rendre chez la malade qu'une heure après l'accouchement, je trouvai qu'elle avait perdu beaucoup; l'utérus, peu revenu sur lui-même, contenait du sang, et l'accouchée craignait de se trouver mal. Quelques frictions faites sur la matrice suffirent

pour solliciter (n'est-ce pas *obtenir* qu'il fallait dire) la contraction de ce viscère, qui expulsa plusieurs caillots renfermés dans sa cavité ; des compresses, trempées dans le vinaigre et appliquées sur l'hypogastre, empêchèrent le retour de la perte. Dans le courant du jour elle eut quelques coliques, ressentit à peine les tiraillements douloureux qui avaient été très-forts pendant le travail de l'enfantement, et dormit une grande partie de la nuit suivante.

» Toute la matinée du second jour et une partie de l'après-midi se passèrent sans douleur. Le tiraillement était peu marqué lorsque la malade se couchait sur le côté gauche; les lochies coulaient abondamment, mais vers six heures du soir, environ trente-trois heures après l'accouchement, la douleur hypogastrique reparut, en se propageant également de l'aine gauche vers la droite, et presque toujours accompagnée d'un petit sentiment de tiraillement. L'accouchée, qui s'était levée malgré mes avis, n'avait pu marcher que courbée en avant, et en soutenant l'hypogastre avec les mains.

» 3e *jour*. La nuit fut mauvaise, sans repos; et, vers quatre heures du matin, les douleurs et le tiraillement avaient reparu avec plus de force. A huit heures la malade me fit voir une tumeur qu'elle venait de découvrir; cette tumeur qui était sans changement de couleur à la peau, située dans l'aine gauche, vers la partie interne de l'arcade crurale, très-douloureuse lorsqu'on la touchait, ferme et arrondie à sa partie moyenne et antérieure, plus molle et d'une forme inégale à sa base, offrait le volume d'une grosse noix. Je fis en vain quelques tentatives pour en opérer la réduction. L'accouchée, sans fièvre, avait le pouls petit, enfoncé, et la langue bonne; le ventre, très-élevé au-dessous de l'ombilic, l'était peu au-dessus de cet anneau, et présentait plus de sensibilité que partout ailleurs vers la fosse iliaque droite, où se trouvait le fond de la matrice, et de droite à gauche au-dessus du pubis, dans la direction de la douleur et du tiraillement que ressentait la malade. Les lochies coulaient abondamment, et les seins commençaient à se gonfler. Des cataplasmes émollients furent appliqués sur la tumeur dont la configuration et la grande sensibilité me firent soupçonner une entéro-épiplocèle. Néanmoins le défaut de constipation et d'envie de dormir me parut difficile à expliquer dans un sujet très-irritable, et pouvant encore moins me rendre raison de la douleur que cette femme éprouvait de l'aine gauche vers la droite, ainsi que du tiraillement qui suivait la même direction, j'appelai un de mes confrères, chirurgien très-distingué. Après avoir examiné la tumeur avec la plus grande attention, il partagea mon sentiment, et nous fîmes quelques tentatives pour réduire la hernie; mais elles ne furent pas plus heureuses que les précédentes. La révolution laiteuse était complète.

» 4e *jour*. Quoique l'accouchée eût passé une nuit très-agitée, nous la trouvâmes cependant sans fièvre, sans aucune envie de vomir; le pouls était toujours petit et enfoncé; l'abdomen et la tumeur dans le même état que la veille, les lochies assez abondantes, et le gonflement du sein moins fort; le lait s'échappait en grande quantité par les mamelons. La douleur et le tiraillement avaient été augmentés par quatre accès de toux convulsive; on prescrivit des demi-bains et des cataplasmes émollients.

» La douleur et les tiraillements dans la région hypogastrique furent très-forts pendant toute la journée; cette augmentation eut lieu parce que les accès de toux qui duraient plus d'une heure, se répétèrent jusqu'à trois ou quatre fois. Dans l'accès on voyait entrer en convulsion tous les muscles de l'abdomen, mais particulièrement le droit (sterno-pubien); du reste, nous trouvâmes la malade dans le même état que le matin; les tentatives de réduction furent encore sans succès. On continua les cataplasmes, et le lavement du matin ayant été sans effet, on en administra un autre.

» Le 5e *jour*, il n'y eut rien de remarquable qu'une seconde montée de lait qui empêcha de recourir aux demi-bains.

» 6e *jour*. Un autre consultant fut appelé, et il prit aussi la hernie pour une entéro-épiplocèle. L'accouchée n'avait ni fièvre ni envie de vomir, mais elle ne pouvait prendre aucun repos; les accès

de toux se répétaient toutes les trois ou quatre heures, et augmentaient les douleurs et les tiraillements de la région hypogastrique. Les seins furent trouvés moins gonflés que la veille; les lochies devenaient moins abondantes et la constipation avait toujours lieu. Des demi-bains, des frictions et des cataplasmes émollients furent prescrits; le premier bain procura du soulagement, mais on ne put réduire la hernie.

» 7e *jour*. Les douleurs et les tiraillements étaient devenus insupportables. La malade, dont la figure s'était grippée, avait passé une nuit très-fâcheuse, éprouvait, depuis deux heures du matin, des maux de cœur et des faiblesses; ces dernières nous parurent dépendre des tiraillements et de la douleur; il n'existait encore aucun changement dans l'état de l'abdomen et de la tumeur; le pouls toujours petit et concentré, fut trouvé plus fréquent; enfin la situation déplorable de l'accouchée nous décida à faire l'opération, que je pratiquai à une heure après midi en présence d s deux consultants et d'un troisième qui partagea notre erreur

» La peau incisée dans l'étendue de quatre à cinq pouces, et le sac étant isolé, je l'ouvris avec beaucoup de précaution; dès que je l'eus fendu d'un bout à l'autre, il s'en écoula quelques gouttes de sérosité; mais observant à l'intérieur une autre tumeur, qui me présentait encore tous les caractères des membranes séreuses, je crus d'abord m'être trompé, et n'avoir point incisé le véritable sac herniaire.

» Cependant le volume de cette tumeur égalant au plus celui d'une petite noix, sa couleur, sa surface polie et luisante me firent penser qu'elle pouvait être formée par une portion distendue du tube intestinal; néanmoins, après m'être assuré que ce n'était point l'intestin, (comment?) j'ouvris avec la même précaution cet autre sac; mais son épaisseur et sa dureté, semblables à celle d'une membrane fibreuse épaisse, sa tension et les difficultés que j'éprouvais à en soulever les lames pour les couper, me firent soupçonner l'existence d'une hydatide. Je continuai d'inciser, et, avec beaucoup de patience, je parvins à ouvrir cette poche d'où il s'écoula une sérosité limpide, ce qui produisit son affaissement. L'ouverture étant agrandie, je reconnus que le prétendu sac était une hydatide, et, en continuant mes recherches, je découvris qu'elle tenait à l'ovaire, qui seul sortait par la partie interne de l'arcade crurale, à laquelle il adhérait si intimement qu'on ne put l'en détacher.

» Les consultants ayant reconnu comme moi que l'ovaire et l'hydatide formaient seuls la hernie, je me décidai à débrider l'arcade à son insertion au pubis, après quoi nous portâmes tous le doigt dans la cavité péritonéale, le long du cordon qui unit cet organe à l'utérus; et en suivant ce ligament gonflé et douloureux, non-seulement nous remarquâmes qu'il se portait dans la direction de la douleur, mais nous parvînmes encore sans difficulté à toucher le fond de la matrice.

» Les intestins et l'épiploon n'ayant aucune part à la hernie, j'emportai au moyen du bistouri environ les trois quarts du kyste avec la presque totalité de l'ovaire qui situé à la partie postérieure et interne de l'hydatide était gonflé, rouge, très-sensible, et l'examen scrupuleux qui a été fait des parties excisées ne laisse plus de doute que cet organe et l'hydatide constituaient la tumeur herniaire. Les bords de la plaie rapprochés, je les couvris de charpie et de compresses; on fit des fomentations sur l'abdomen et une potion calmante fut prescrite.

» Le tiraillement et la douleur persistèrent avec la même violence jusqu'à six heures du soir; à neuf heures l'accouchée avait de la fièvre et le pouls bien développé; l'abdomen toujours bouffe (c'est bouffi sans doute que l'auteur a voulu ou dû dire), n'était pas sensible excepté dans la région iliaque droite et le long de cette ligne transversale dans la direction de laquelle se propageaient le tiraillement et la douleur.

» 8e *jour des couches et 2e de l'opération*. La nuit fut tranquille, mais sans sommeil; l'accès de fièvre se termina par une sueur copieuse qui dura quatre heures. Toute la journée a été calme; la douleur et le tiraillement ne reparaissent que dans la toux qui se renouvelle trois fois. On continua les fomentations, les lavements émollients et la diète, et on

prescrivit le soir une pilule de styrax.

» 9e *jour des couches et* 3e *de l'opération*. Dans le courant de la nuit, la malade dormit quatre heures, et son sommeil fut interrompu par deux accès de toux convulsive pendant lesquels la douleur et le tiraillement étaient insupportables : le premier de ces accès dura une heure et l'autre deux.

» Nous trouvâmes la région de la matrice plus sensible, le ventre météorisé, les bords de la plaie plus gonflés et douloureux Le fond répondant à l'hydatide et à la partie non excisée de l'ovaire offrait en outre une teinte d'un gris sale, et un fluide séreux et abondant en découlait. La malade se plaignait de coliques; néanmoins le pouls avait repris son état naturel. Les pansements et les prescriptions furent les mêmes.

» 10e *jour des couches*, 4e *de l'opération*. Il n'y eut aucun repos; l'abdomen était dans le même état que la veille et la malade sans fièvre. Les accès de toux quoique moins longs se renouvelèrent encore : fomentations, lavements, potion calmante.

» 11e *jour des couches et* 5e *de l'opération*. La malade dormit deux heures; on trouva le ventre moins tendu et moins sensible dans la fosse iliaque droite et dans l'hypogastre. La peau de l'abdomen commençait à se rider; la plaie était encore pâle comme l'avant-veille, et son fond d'un gris sale. On interrompit l'usage des fomentations et les lavements qui jusqu'à ce jour n'avaient point procuré d'effets sensibles, furent continués ainsi que la potion calmante et la pilule; l'accouchée demandait des aliments; mais on crut convenable de prolonger la diète.

» 12e *jour des couches et* 6e *de l'opération*. Madame R*** avait dormi six heures; le ventre était plus affaissé que la veille; la plaie vermeille sur ses bords, présentait encore un aspect grisâtre dans son fond et il en suintait toujours un fluide séreux. Quatre accès de toux se manifestèrent dans le courant de la journée, malgré l'usage des calmants et des antispasmodiques; même régime que la veille.

» 13e *jour des couches et* 7e *de l'opération*. La nuit fut agitée; le lavement du matin procura une selle copieuse de matières blanches, comme laiteuses, avec sortie de beaucoup de gaz, ce qui donna lieu à un affaissement très-marqué de l'abdomen, peu sensible alors, tant dans la région iliaque droite que dans l'hypogastre; le pouls était naturel; plusieurs petites escarres se détachèrent du fond de la plaie; la toux se manifesta encore plusieurs fois dans la journée et les mêmes moyens furent continués.

» 14e *jour des couches*, 8e *de l'opération*. Il y a eu peu de repos et deux accès de toux; du reste, même état que la veille, mêmes prescriptions auxquelles on a joint de bons bouillons.

» 15e *jour des couches*, 9e *de l'opération*. La malade dormit quatre heures; elle prit le matin une demi-once de sel de seignette (tartrite de soude) dont l'effet fut nul. Un accès de toux survint à une heure après midi et dura jusqu'à six il fit reparaître avec violence la douleur et les tiraillements; le ventre devint *bouffe* et élevé dans sa partie inférieure jusqu'à l'ombilic, sans être sensible. Madame R... prit deux bouillons dans la journée et une pilule de styrax le soir.

» 16e *jour des couches*, 10e *de l'opération*. La malade ne dormit pas; nous trouvâmes la plaie et l'abdomen dans le même état que la veille. »

Enfin, pour abréger cette longue observation, nous dirons que l'état de la plaie et du ventre alla toujours s'améliorant et que la cicatrice fut complète le vingt-neuvième jour de l'opération.

Une chose remarquable c'est que les lochies n'ont point été influencées par cette affection grave du ventre. Six semaines après l'accouchement, l'opérée reprit ses occupations, fut réglée au bout de deux mois et continua de l'être bien depuis ce temps. Elle n'a jamais ressenti la douleur ni les tiraillements dont il a été question, et au mois de juillet 1809, c'est-à-dire environ deux ans après l'opération, la matrice avait sa situation naturelle sans être plus inclinée à gauche qu'à droite. A cette époque des coliques et un dérangement dans la digestion firent appeler M. Deneux auquel elle montra deux petites entérocèles inguinales; celle du côté gauche

se trouvait située au-dessus de la cicatrice qui était solide et ne la gênait en aucune manière ; depuis ce temps elle porte un bandage, et la santé et l'embonpoint sont revenus (Mélanges, p. 43).

Cette observation, il faut bien en convenir, possède le défaut contraire à celui de toutes les autres sur la matière ; celle-là sont écourtées, celle-ci est d'une longueur excessive. Nous n'aurions point consenti cependant à la mutiler, parce que l'excès en ce sens est ce qu'il y a de moins fâcheux.

ARTICLE IV.

Ovarite.

L'inflammation de l'ovaire est aiguë ou chronique et dans ces deux formes elle est rarement isolée, mais presque toujours liée à une phlegmasie de la matrice ou du tissu cellulaire qui entre dans la composition du ligament large. Après avoir étudié ces deux formes de l'ovarite, nous dirons, par anticipation, un mot sur l'ovarite blennorrhagique.

§ 1 Ovarite aiguë.

Causes de l'ovarite aiguë. Les causes qui dominent toutes les autres et qui, selon Mme Boivin et Dugès, agissent peut-être seules, sont la grossesse et l'accouchement. M. Velpeau (*Répert. de méd.*, t. XXII, p. 569) attribue une influence incontestable sur le développement de l'ovarite, à la suppression ou à la diminution des règles, aux contusions violentes de la région iliaque et à une inflammation du péritoine voisin. Nous avons déjà vu que cet organe s'enflamme quelquefois dans un sac herniaire ; mais c'est là un ordre de causes qui ne doit pas figurer dans l'étiologie générale de l'ovarite. On l'a souvent rencontrée dans les cas de métro-péritonite puerpérale, trente-cinq sur six cent quatre-vingt-six cas (Boivin et Dugès, *Ib.*, p. 567). Elle coïncide souvent encore avec une lymphite ou une phlébite pelvienne. Enfin il y a une ovarite blennorrhagique.

Caractères anatomiques de l'ovarite aiguë. Mme Boivin et Dugès distinguent quatre degrés dans les altérations qui sont le résultat de l'inflammation aiguë de l'ovaire. Comme on ne saurait prendre de meilleurs guides, nous suivrons ces deux auteurs dont la pratique a été aussi éclairée qu'étendue.

Au premier degré, l'ovaire à peine augmenté de volume, surtout en longueur, est un peu plus dur que dans l'état normal ; la substance en est ferme, rouge, injectée ; de nombreux capillaires le parcourent en tous sens ; les vésicules sont gonflées ; *dans le deuxième degré*, le volume de l'organe devient double et quadruple et surpasse celui d'un œuf de poule, il est arrondi, ovale ou aplati, mou, friable, infiltré d'une sérosité jaunâtre ou violacée et quelquefois en même temps parsemé de petits épanchements sanguins (Cruveilhier, *Anat., patholog. du corps humain*, 13e liv., pl. 3, f. 4). *Troisième degré :* pus liquide ou concret infiltré, déposé en collections multipliées dans cette masse ramollie, quelquefois contenu dans les veines intrinsèques de l'ovaire. *Quatrième degré.* Ramollissement, diffluence au centre, ou même dissolution d'une partie ou de la totalité de l'ovaire, dont les débris entraînés par le pus se mêlent à l'épanchement péritonéal.

Le plus souvent les deux ovaires sont atteints à la fois. En général la suppuration de cet organe précède celle de ses lymphatiques et de ses veines ; il est cependant des cas où le contraire s'est rencontré, ce qui autorise à croire qu'alors la phlegmasie de ces vaisseaux était primitive. M. Négrier (*Recherches anatomiques et physiologiques sur les ovaires dans l'espèce humaine*) a établi une nouvelle espèce d'ovarite, caractérisée par de petits foyers purulents, à loges assez régulières et semblables, pour qu'on puisse croire que ce kyste n'est autre chose qu'une vésicule enflammée et gonflée par le fluide morbide qu'elle a sécrété sous cette influence.

Ces petites tumeurs contenant à peine quelques gouttes de liquide, forment le commencement de la série que parcourt le volume des abcès de l'ovaire, série dont les degrés suivants sont représentés par des collections de la grosseur du poing (Dugès), d'une tête d'enfant (Portal, *anatomie médicale*), d'une tête d'homme (Haller, *disput. médic.*, t. IV,

p. 102), et se termine par une énorme poche renfermant vingt pintes de pus, ainsi que M. le professeur Andral en cite (*Dictionnaire de médecine*) un exemple consigné par M. Taylor dans le *North American med. and surgic. journal* 1826. Le plus souvent uniloculaires, ces tumeurs peuvent se diviser en plusieurs compartiments.

Quels qu'en soient l'origine et l'arrangement intérieur, arrivées à ce point, quelle peut en être la terminaison? Est-il permis de compter sur la résorption du liquide qui les distend et sur la résolution de la phlegmasie qui siége dans leurs parois? Question difficile à résoudre et à laquelle jusqu'ici les faits ne répondent pas. Nous ne connaissons point de cas où un abcès ovarique bien constaté se soit ainsi terminé; à moins cependant qu'on ne veuille regarder ces dépôts de matière suifeuse ou caséeuse comme des résidus de collections purulentes dont les parties liquides auraient été enlevées par l'absorption. Quoi qu'il en soit de cette issue problématique, Dupuytren et Seymour, MM. Négrier et Velpeau ont vu le foyer se rompre dans le péritoine (*Répertoire de médec.*, t. XXII, p. 772). Le plus souvent alors une péritonite suraiguë et fatale se déclare ou quelquefois des adhérences salutaires circonscrivent et isolent l'épanchement qui reste à l'état de kyste ou arrive au dehors par diverses voies. Bien entendu que, le plus ordinairement la tumeur ovarique contracte, sans rupture préalable, des adhérences directes avec les organes à travers lesquels elle doit verser à l'extérieur le liquide qu'elle contient. Il est difficile de trouver un point de la paroi abdominale, ou un viscère creux du voisinage par où cette évacuation ne se soit pas faite. Tantôt c'est par la trompe (Chambon, *Traité des maladies des femmes et mémoires de l'Académie des sciences, en* 1700, *observation* 5); tantôt par le corps même de la matrice et définitivement par le vagin (Boivin, *ibid.*, p. 576); d'autres fois c'est par la vessie que l'évacuation purulente s'opère. « Une dame se plaignait depuis longtemps de douleurs considérables dans la région lombaire droite, elle rendait du pus par les urines. On ne doutait pas que le rein ne fût en suppuration; la malade mourut : on trouva le rein dans l'état naturel; l'ovaire du même côté était adhérent au fond de la vessie; ce fond était percé, l'ouverture penétrait dans l'ovaire qui était en suppuration; le pus coulait dans la vessie. » (Murat, *d'après un exemple communiqué à l'Académie de chirurgie en* 1753.) M. Andral a vu une pareille communication s'établir en trente-sept jours chez une nouvelle accouchée (*Dict. en vol.* 21, t. XVI, p. 85). Plus souvent encore, ainsi que l'ont observé Dance, MM. Husson et Cruveilhier, le pus se fraye une route directe par le vagin. Nous citerons plus tard un exemple remarquable de cette terminaison. Mais c'est le canal intestinal et surtout le rectum, qui le plus communément, transmettent ce liquide au dehors; les auteurs abondent d'exemples de cette terminaison : Dupuytren, Madame Boivin et Dugès, M. Andral, Nauche et Montault (*Journal hebdomadaire*, 1834, t. I, p. 413) l'ont observée chacun plusieurs fois.

Enfin l'abcès peut suivre le ligament rond et se présenter à l'anneau inguinal ou à l'arcade crurale, ce qui arrive plus fréquemment. Dupuytren, d'après Montault, aurait été témoin de plusieurs cas de ce genre. Il peut également se faire jour par un autre point de la paroi abdominale. Montault (*ibid.*) en rapporte quelques observations, mais où selon nous le diagnostic n'a point la précision désirable, où la tumeur serait tout aussi bien le résultat d'une inflammation du ligament large que de l'ovaire. En décrivant les trajets divers suivis par le pus de l'ovarite il cite le cas : 1° d'une dame chez laquelle deux abcès iliaques, *survenus à la suite d'une entéro-péritonite,* s'ouvrirent, le gauche dans le colon iliaque gauche, le droit dans le cœcum : celui-ci ayant proéminé à l'extérieur, fut ouvert par l'instrument, ce qui donna lieu à l'établissement d'une fistule stercorale (*ibid.*, p. 419).

2° Le ramollissement est également signalé par MM. Cruveilhier et Montault : l'un l'attribue à l'inflammation, l'autre le considère comme une affection spéciale : Morgagni (*Lettre* 46, n° 27) en parle sans en expliquer l'origine.

3° L'induration est une terminaison incontestable de l'ovarite, mais ce qui l'est moins c'est qu'on doive rattacher à cette phlegmasie la foule des dégénérescences diverses dont cet organe est susceptible.

4° Gangrène, Bonnet (*Sepulchretum*, p. 1330), et quelques autres auteurs, en ont laissé des exemples, mais qui, avec raison selon nous, n'ont point paru concluants à M. Velpeau.

Symptômes. Cette maladie est fréquemment latente; souvent elle ne se manifeste que par une fièvre continue, violente, qui se prolonge pendant plusieurs jours, et qui n'apporte aucun trouble dans la sécrétion du lait et des lochies; puis tout à coup le délire ou l'assoupissement survient, et dans les cas graves, la mort. Aucun symptôme local, ni l'exploration du ventre, ni le toucher, rien n'indiquait ce désordre. D'autres fois il est révélé par un sentimeut de pesanteur aux aines et aux reins, par la diminution des lochies, par la difficulté et la douleur avec lesquelles s'opère l'évacuation des urines et des matières fécales. Assez souvent, ces renseignements seront fortifiés par la présence sur l'un ou sur les deux côtés de l'utérus d'une tumeur plus ou moins sensible à la pression, où des battements et la fluctuation pourront se prononcer. Le toucher est quelquefois une précieuse ressource, mais aussi souvent il ne sert à rien.

Diagnostic. C'est une maladie insidieuse, qui peut n'être pas soupçonnée ou être confondue avec un abcès du ligament large; heureusement que dans ce dernier cas, la méprise n'a aucune importance pratique.

Pronostic. On a vu l'ovarite amener la mort en trois ou quatre jours; la suppuration se manifeste vers le 15e, et la résolution, entre le 8e et le 12e. La résolution est sans doute la terminaison la plus heureuse, mais il y a beaucoup d'exemples de guérison de l'ovarite suppurée. (Voyez Mme Boivin et Dugès; Montault, M. Vidal, etc.)

Traitement de l'ovarite. L'ovarite aiguë se combat par des antiphlogistiques énergiques, par des saignées de bras, des applications répétées de sangsues à l'hypogastre, à la région iliaque, à la vulve, à la partie supérieure des cuisses ou à l'anus. On administre en même temps les lavements émollients, les bains et les demi-bains prolongés, on met des cataplasmes et des fomentations sur le bas-ventre; on donne des boissons émollientes et antispasmodiques. Les Anglais et les Allemands prescrivent le mercure à l'extérieur et à l'intérieur; après les sangsues, M. Velpeau a souvent recours, avec succès, aux grands vésicatoires volants. Quand la formation d'un abcès est clairement constatée, on a conseillé la ponction de la tumeur à travers la paroi abdominale avec un trois-quarts; mais il faudrait, dit M. Velpeau, être bien certain que des adhérences solides existent entre la tumeur et la paroi hypogastrique. Comment acquérir cette certitude? Il est donc bien préférable de se servir de la potasse caustique. Si l'abcès proémine dans la région iliaque ou hypogastrique, on l'ouvre avec l'instrument tranchant (Velpeau, *Répert. de méd.*, t. XXII, p. 576). Il en est de même si le pus a fusé par quelque trajet herniaire; s'il s'épanche dans le péritoine, il est au-dessus des ressources de l'art. Lorsque l'évacuation du foyer s'est spontanément opérée par le vagin ou l'intestin, on insiste sur les soins de propreté, sur les injections, et on soutient les forces par un régime tonique. Dans les cas où les collections se prononceraient nettement par le vagin ou par le rectum, l'ouverture artificielle n'en serait-elle point indiquée? Ce serait imiter la nature qui nous montre ce chemin.

§ 2. Ovarite chronique.

Bien qu'il soit difficile de faire un article à part sur l'ovarite chronique, sans revenir sur quelques points déjà traités, nous l'essayerons cependant, car nous craignons moins les redites que les lacunes.

Succédant parfois à l'inflammation aiguë, comme le prouvent les vives douleurs qui en ont marqué le début, l'inflammation chronique de l'ovaire peut aussi naître et marcher d'une manière insensible, qu'elle soit primitive ou qu'elle ne soit que l'extension d'une phlegmasie utérine. D'après Mme Boivin et Dugès, c'est à cette forme sourde et latente, que se rattachent les diverses dégénérescences de l'organe,

sonramollissement, son induration, etc. On peut, disent ces auteurs, la supposer, mais non avec certitude, quand la tumeur est sensible, douloureuse mais non lancinante, et qu'elle redevient surtout de temps à autre, le siége de symptômes nouveaux d'inflammation, soit spontanément, soit à l'occasion de quelque secousse, etc

Une fois passée à la suppuration, l'ovarite essentiellement chronique est très-difficile à distinguer d'un kyste liquide irrité ; les deux affections se ressemblent jusque dans leurs terminaisons. Tumeur dans l'hypogastre ou dans le bassin, douleur et sensibilité dans les mêmes régions, recrudescences avec frissons et fièvre, voilà leurs symptômes communs ; fluctuation plus évidente et plus uniforme ; volume plus considérable, douleurs et sensibilité tardives, c'est ce qui distingue l'hydropisie ; fluctuation partielle, dureté en divers points ; douleur et sensibilité dès le commencement de l'intumescence ; siége borné au bassin et à son pourtour, tels sont les caractères propres à l'ovarite chronique. La collection purulente s'ouvre les mêmes issues que celle qui résulte de l'inflammation aiguë. On a vu le pus se répandre dans le péritoine, d'une manière promptement fatale (Seymour, p. 40) ; mais la voie que le pus suit le plus souvent, c'est le rectum ; Nauche, M. Andral, tous les auteurs en citent des exemples. En voici un très-intéressant, et qui suppléera aux détails d'une description que l'état de la science ne permet pas de compléter.

Obs. 1. « Une dame âgée de cinquante ans environ, avait toujours joui d'une santé florissante, d'un embonpoint et d'une fraîcheur remarquables. Depuis huit ans les règles auparavant abondantes et revenant même deux fois par mois, avaient cessé de paraître, une leucorrhée lactescente et assez régulièrement périodique, les avait remplacées pendant quatre à cinq ans encore. Il y a trois ans qu'en descendant un escalier rapide, ses pieds glissèrent et elle tomba pour ainsi dire debout, deux marches plus bas : il en résulta une violente commotion dans l'abdomen, et pendant deux à trois jours une sensation incommode vers le bassin. Cet accident était oublié, lorsque survinrent, il y a deux ans et demi, sans autre cause présumable que la fatigue à la promenade, de la fièvre et de vives douleurs dans la région iliaque droite, douleurs propagées jusqu'à l'ombilic, et assez fortes pendant plusieurs jours, pour suspendre le sommeil et ne laisser aucun moment de repos ; la malade se soulageait en pressant sur la région douloureuse, et en fléchissant le corps en avant. Ces douleurs s'amortirent sous l'emploi des calmants, des émollients, et des saignées locales ; mais quoique plus faibles, elles subsistèrent encore longtemps ; souvent même elles se renouvelèrent, mais avec moins d'intensité que la première fois.

» A trois reprises aussi la malade remarqua que le membre inférieur droit était engourdi, gonflé, bleuâtre, et les veines distendues ; mais cet état disparaissait du jour au lendemain. Elle ne tarda pas d'ailleurs à s'apercevoir qu'une tumeur dure située dans le bas ventre, et saillante surtout vers la région ombilicale, était le siége de la douleur. Bientôt aussi elle rendit par l'anus du sang mêlé aux matières fécales, quelquefois des caillots, puis des matières puriformes à la fois et sanguinolentes. On crut dès lors à une affection carcinomateuse ou à une phlegmasie chronique du cœcum et du colon.

» Plus tard la tumeur est descendue ; on ne la sent que dans l'hypogastre ; en même temps pesanteur sur le rectum, difficulté d'aller à la selle, matières fécales rubanées, ou granulées et dures, rendues après de violents efforts, et à l'aide de vents qui les chassent avec explosion. De temps à autre la tumeur hypogastrique augmente passagèrement, le ventre se ballonne, et la malade n'ose manger de peur d'en augmenter la tension et le volume. Souvent c'est après un refroidissement des pieds, ou de la fatigue ; c'est avec des frissons passagers et suivis d'un peu de chaleur fébrile, marquée presque exclusivement à la paume des mains. Alors il y a quelques douleurs vagues dans la tumeur, et du pus visqueux, verdâtre, est évacué pur, ou mêlé aux matières fécales, et les enduisant extérieurement pendant plusieurs jours, après lesquels les douleurs cessent, le ventre s'affaisse à l'aide d'évacuations de gaz et de matières,

en forme de boules allongées un peu aplaties; dès lors la fièvre est nulle, et l'appétit fort bon. Pendant quelque temps l'expulsion des urines était difficile, leur jet s'arrêtait tout à coup; ces difficultés ont cessé; mais la malade a fort bien reconnu que la vessie est déviée, et que quand elle est pleine, elle fait tumeur au côté gauche de l'hypogastre.

» La malade a maigri beaucoup; ses forces ont été par moments très-épuisées; elle est mieux maintenant et attribue cette amélioration au changement d'air, et à l'usage du lait.

» Voici les résultats de l'observation à l'aide du toucher : ils confirment ce que les symptômes font assez pressentir. Lorsqu'on déprime les parois abdominales pour toucher la tumeur qui dépasse de un à deux pouces le niveau du pubis, on reconnaît qu'elle descend en arrière dans l'excavation pelvienne, et que son volume est considérable, bien plus considérable qu'on ne le croirait en palpant superficiellement les parties saillantes à l'hypogastre; elle est dure, assez régulièrement sphéroïdale et indolente de ce côté. Du coté du vagin on la sent aussi au travers de la paroi antérieure de ce canal, également lisse, dure et globuleuse; elle descend plus en arrière qu'en avant. Le vagin même est incliné fortement en arrière, et n'a guère que trois pouces de profondeur; la partie supérieure en est aplatie, terminée par un cul-de-sac anguleux, irrégulier, où l'on trouve plusieurs petits enfoncements séparés par des brides, mais rien qui ressemble au museau de tanche. On ne peut *soupçonner* la matrice qu'à une distance assez grande de ce cul-de-sac, et comme un relief de la tumeur principale à sa partie postérieure, inférieure et gauche. Le vagin a donc été oblitéré par des adhérences, suites de son aplatissement par la tumeur. En portant le doigt dans le rectum, cette tumeur se laisse sentir aussi bien rapprochee du bas du sacrum; la paroi antérieure de cet intestin paraît toucher la postérieure à quatre ou cinq pouces de distance de l'anus; plus bas, il y a encore quelque capacité : c'est là sans doute que se rassemblaient les caillots. La tumeur se montre de ce côté plus souple, très-obscurément fluctuante, un peu irrégulière, mais non moins indolente que partout ailleurs. En la soulevant, on sent qu'elle est mobile, quoique pesante, et qu'elle est parfaitement continue à la portion sentie à l'hypogastre; on peut comparer son volume total à celui des deux poings réunis.

» Tout cela s'explique par une inflammation chronique et latente de l'ovaîre droit, qui, déjà ancienne, a tout à coup été le siége d'une recrudescence inflammatoire et d'un travail de suppuration. La tumeur est descendue en grossissant entre la vessie et la matrice, a dévié la première latéralement, et la seconde en arrière, aplati et oblitéré le vagin, puis a ouvert son foyer dans le rectum, à une hauteur sans doute assez considérable au-dessus du fond de l'utérus, qui est peut-être d'ailleurs atrophié; mais ce foyer est loin d'avoir réduit toute l'induration à l'état d'abcès; la tumeur diminue, mais d'un cinquième au plus, quand le pus est évacué. Le reste se fondra-t-il peu à peu par une suppuration lente? Est-il au contraire squirrheux? Cette dernière supposition peut être écartée par l'absence habituelle de douleurs et d'élancements, par une consistance moindre que celle du squirrhe, par les symptômes antécédents et les qualités physiques de la matière purulente; nul doute que si la tumeur était moins volumineuse, on ne pût en espérer une guérison prompte et facile; mais ici il faudra bien du temps, et il y a bien des accidents à redouter. » (Observation extraite presque textuellement du *Traité des maladies de l'utérus*, par madame Boivin et Dugès.)

En parlant du cancer de l'ovaire nous citerons des observations qui selon la remarque que nous ferons, pourraient très-bien se rapporter à l'ovarite chronique.

La marche et les principaux caractères de l'ovarite chronique nous semblent très-bien tracés dans l'exemple que nous venons de citer. Primitive ou consécutive à l'aiguë, elle doit toujours offrir au fond le même aspect.

A la violence près, les causes sont aussi à peu près identiques; l'excitation excessive de l'appareil générateur, le désordre de la menstruation, surtout à l'âge critique, les accouchements, les avorte-

ments, et ensuite les autres causes générales des phlegmasies chroniques qui ne se rattachent pas directement aux fonctions de l'organe qu'elles atteignent ; le refroidissement brusque, la fatigue, le chagrin profond, une commotion morale vive, etc.

Quant au pronostic, il est généralement grave, surtout quand la tumeur ovarique a pris un développement considérable.

Le traitement consiste principalement en révulsifs sur la peau et sur le canal intestinal ; ventouses, cautères, vésicatoires volants, moxas à l'hypogastre, purgatifs doux et répétés. Les frictions mercurielles ne doivent pas être négligées non plus. Seymour a beaucoup vanté l'extrait de colchique.

Voici un cas qui met à la fois en évidence la difficulté du diagnostic et l'influence d'un traitement bien dirigé.

Obs. 2. « Une dame, d'un tempérament sanguin, d'une stature moyenne, ayant un embonpoint raisonnable, douée d'une bonne constitution, n'avait jamais eu d'autres dérangements de santé que ceux occasionnés par la grossesse et l'accouchement. Elle avait eu trois enfants dont le dernier à l'âge de trente ans. De quarante-cinq à quarante-six les règles se supprimèrent après avoir présenté quelques variations dans leur cours. Bientôt après cette dame éprouva des douleurs sourdes, constantes et prenant de temps en temps un caractère plus aigu dans la région iliaque droite ; le ventre prenait du volume. A quarante-huit ans, je constatai l'existence d'une tumeur s'élevant du côté droit du bassin, assez régulièrement arrondie, remplissant la région iliaque correspondante et offrant le volume d'une tête d'enfant à terme. Comme les douleurs étaient habituellement supportables, que la malade conservait du reste l'appétit, le sommeil et toutes les apparences de la santé, elle ne voulut pas se soumettre à un traitement nécessaire, pas même à des précautions hygiéniques réclamées non-seulement par sa maladie, mais par l'époque viagère dont laquelle elle se trouvait. Une saignée pratiquée de loin en loin, quelques bains, furent les seuls moyens qu'elle mit en usage. Aussi le volume du ventre fit-il des progrès au point qu'à cinquante-deux ans il pouvait être comparé à celui d'une femme enceinte à terme de deux enfants. La malade n'était bien que couchée, le tronc à demi élevé et appuyée sur le dos ; toute autre position réveillait des douleurs dans l'abdomen ou devenait insupportable par l'imminence de la suffocation qui en résultait. Lorsqu'elle se levait, elle marchait avec peine, le corps renversé en arrière, position qu'elle était encore forcée de tenir étant assise pour éviter la suffocation. En même temps l'amaigrissement général se prononçait de plus en plus ; il y avait insomnie et perte d'appétit, malgré laquelle on s'efforçait de prendre des aliments par la crainte vulgaire de ne pouvoir vivre sans manger. Cependant parvenue à cet état, force fut de prendre plus à la lettre les avis du médecin. Après quelques émissions sanguines, je passai promptement à l'usage des médicaments réputés fondants ou résolutifs, les frictions avec le calomel en pommade, les pilules savonneuses avec addition de scille et de digitale, quelques purgatifs. La maladie allait néanmoins s'aggravant. Réfléchissant alors sur l'état pathologique positif que j'avais à traiter, j'établis ainsi mon diagnostic : Engorgement par phlegmasie chronique de l'ovaire droit avec hydropisie à plusieurs foyers probables. Je fondai ce jugement : 1° sur le siége primitif des douleurs vers la région iliaque et le flanc du côté droit ; 2° sur la présence à cette époque d'une tumeur occupant ces mêmes régions, tumeur qui presque complétement sphéroïde dans le principe, avait offert, en se développant, quelques variations dans la forme, de manière que maintenant qu'elle remplissait et distendait toute la capacité abdominale, elle présentait plusieurs bosselures larges, mais peu saillantes et séparées par des sillons peu profonds ; une autre bosselure plus saillante proéminait du côté gauche ; 3° sur les douleurs, non pas celles profondes et obscures qui pouvaient être le résultat de la distension, mais sur ces douleurs vives que la malade ressentait assez fréquemment dans plusieurs points de cette énorme tumeur, qui en ces endroits était sensible au toucher ou à la pression, et paraissait plus dure ; symptômes évidents d'un état phleg-

masique que dénotait encore le mouvement fébrile continuel avec redoublement vespériens, auquel la malade était en proie ; 4° enfin sur la sensation de fluctuation, obscure il est vrai, mais appréciable, qui se remarquait surtout au sommet des bosselures que présentait la tumeur.

» Je voulus abandonner les résolutifs et les fondants sur lesquels la malade établissait le seul espoir de soulagement, et revenir sur le traitement antiphlogistique exclusivement, mais on s'effraya de la proposition de nouvelles saignées et d'une diète rigoureuse. Comment pourrait-on supporter ce traitement dans l'état de faiblesse, de marasme, d'épuisement auquel on était parvenu ? Une consultation fut proposée, et M. Fouquier choisi pour la faire. Voici quel fut son diagnostic et le pronostic qu'il porta : *tumeur enkystée de l'ovaire droit, ayant peut-être envahi le gauche, à parois en partie squirrheuses, ou à plusieurs foyers d'épanchement séparés par des cloisons; circonstance qui jointe à la consistance présumable, rend la fluctuation obscure. La distension violente produite par le développement graduel de la tumeur, excite l'inflammation dans quelques points de ses propres parois ou du péritoine qui lui sert d'enveloppe extérieure. Tout ce que l'on peut espérer, c'est de rendre la maladie stationnaire ou supportable, en combattant et prévenant les symptômes inflammatoires, sauf plus tard, quand par leurs progrès les épanchements isolés se seraient réunis et que la fluctuation serait devenue plus patente, d'essayer la ponction comme moyen de soulagement; mais cette maladie est incurable, et doit un peu plus tôt, un peu plus tard, se terminer inévitablement d'une manière funeste.*

» M. Fouquier approuve et sanctionne l'utilité du traitement antiphlogistique, comme moyen le plus efficace, non pas curable, mais palliatif, sauf quand l'engorgement serait devenu indolent sous son influence, à revenir à l'usage des résolutifs et des fondants.

» Ainsi étayé pour le traitement, de la décision et des conseils d'un praticien aussi éminent et aussi distingué, dont l'opinion sur le diagnostic de la maladie ne différait de celle que j'avais manifestée que par des nuances légères, il me fut plus facile de vaincre les scrupules de la famille et de décider la malade à se soumettre entièrement à l'usage des moyens *débilitants*, que j'avais eu tant de peine à faire adopter.

» Plusieurs *saignées du bras, de huit à dix onces*, furent faites à quelques jours de distance ; des *sangsues* furent ensuite appliquées sur les points les plus douloureux de l'abdomen ; on couvrit continuellement cette partie avec des *cataplasmes ou des fomentations; tisane de chiendent, petit-lait, orangeade;* quelques cuillerées de *lait coupé, de bouillon léger ou de potage*, composèrent d'abord toute la nourriture. La malade prit par semaine *deux à trois bains* de une à deux heures.

» Après deux mois de ce traitement, l'abdomen, sans avoir perdu de son volume, était devenu complétement indolent; il ne gênait plus que par sa masse. Les points autrefois douloureux avaient perdu leur résistance, en même temps qu'ils étaient devenus indolents et insensibles à la pression; la fluctuation était plus manifeste, plus superficielle, plus généralement égale. Les urines étaient rares, en petite quantité, rouges et fortement sédimenteuses. Quand la malade se levait, ce qu'elle faisait plus facilement, les jambes s'infiltraient. La fièvre avait disparu. J'étais sur le point de pratiquer la ponction, mais je résolus auparavant d'essayer de quelques résolutifs. Je prescrivis donc l'usage de *pareira brava*, médicament dont j'avais plus d'une fois constaté la puissante propriété diurétique, quoique cependant cette substance eût été sans effet avantageux chez cette même malade quelques mois auparavant, probablement à cause de l'état inflammatoire qui s'opposait alors à son action. Pour cette fois, les effets furent si actifs, que je n'eus pas besoin de recourir à d'autres médications : dès les premières tasses de son administration en décoction (deux onces par pinte d'eau, réduite d'un tiers par l'ébullition), les urines coulèrent avec une abondance extraordinaire ; le vase, d'un assez grand diamètre, était rempli deux à trois fois dans les vingt-

quatre heures. On voyait en même temps le ventre s'amollir et s'affaisser, et en moins de six semaines il fut réduit au point où il était avant la maladie. La fluctuation disparut complétement, et maintenant on n'aperçoit plus qu'une sorte de bouffissure à l'hypogastre. La tumeur ovarique ramollie, concentrée dans le bassin, devient encore de temps en temps le siége de douleurs qui cèdent à l'instant à la saignée et aux sangsues. Du reste, la malade a recouvré l'exercice régulier de toutes ses fonctions. Elle peut fournir des promenades à pied de deux à trois heures sans se reposer et sans fatigue. Le sommeil est bon; l'appétit excellent. » (Duparcque, t. I, p. 271.)

Il y avait sans doute ici une collection ovarique, mais était-elle purulente ou hydropique? Quoi qu'il en soit de cette question difficile à résoudre, il est évident qu'une inflammation chronique accompagnait les progrès de la tumeur, si elle n'a présidé à son développement. Mais ce qui ressort en première ligne de cette observation, c'est que, dans ces cas douteux, il ne faut pas désespérer des efforts de la nature, secondés ou provoqués par un traitement bien entendu. On comprend d'ailleurs que l'ovarite chronique sera complexe plus souvent encore que l'aiguë. Comment cette inflammation serait-elle indépendante de celle des autres éléments du ligament large? Le travail lent et sourd qui la constitue ne se propage-t-il pas presque inévitablement à la trompe, au péritoine, au tissu cellulaire compris dans le vaste repli que forme en cet endroit la séreuse abdominale? C'est un fait clinique qui ne reste plus dans le domaine de l'induction.

§ 3. Ovarite blennorrhagique.

Nous traiterons au long de cette inflammation quand il sera question des maladies vénériennes; mais nous ne devons pas laisser passer cette occasion sans dire que cette maladie a été déjà signalée, et qu'elle a surtout été bien observée par M. Ricord et par M. Vidal de Cassis. Ce chirurgien, dans son livre, en cite un exemple que nous devons reproduire ici :

« Quand l'inflammation du vagin est très-intense, elle remonte quelquefois, et tandis qu'elle a été partout superficielle, c'est-à-dire bornée à la muqueuse, elle devient plus profonde à mesure qu'elle va vers les ovaires; car là elle revêt parfois le caractère phlegmoneux. J'ai observé une inflammation de cette nature. Après une vaginite des plus intenses, la matrice se prit, et puis les ovaires, alors apparurent les vrais symptômes de l'ovarite. Les douleurs des deux fosses iliaques étaient des plus vives; cependant on ne les augmentait pas considérablement par la pression; en explorant avec soin cette région, après avoir évacué les gros intestins par deux lavements, on sentait un empâtement; le haut des cuisses était aussi douloureux; il y avait des crampes dans les membres inférieurs, des vomissements, des douleurs d'estomac, de la céphalalgie, un pouls médiocrement accéléré et assez souple, voilà les symptômes de cette ovarite, qui pour moi fut manifeste, car après la cessation des douleurs, et pendant un moment de calme, dix jours après les premiers symptômes de la phlegmasie que je soupçonnais, j'appliquai le speculum, et à peine fut-il introduit que je vis sortir par le col de l'utérus une grande quantité de pus très bien lié, mais ayant une odeur des plus repoussantes. Il fut évident, pour moi, que ce pus venait des ovaires par les trompes, qui l'avaient conduit dans l'utérus, lequel s'en débarrassa pendant l'application du speculum, car on saura que pendant cette manœuvre l'utérus revient toujours plus ou moins sur lui-même, surtout quand il contient un produit quelconque. » (Vidal, de Cassis, t. V, p. 793.)

ARTICLE V.

Hydropisie de l'ovaire.

Nous décrirons sous cette dénomination les kystes de l'ovaire qui renferment des liquides : ce sont les kystes *hydrophoriques* de madame Boivin et Dugès, *hydropiques* de M. Velpeau; c'est l'*hydropisie enkystée* de quelques auteurs.

Causes. Les influences sous lesquelles ces tumeurs se forment sont à peu près ignorées; c'est à peine si l'âge où elles sont le plus communes est hors de contestation; cependant, on s'accorde à le pla-

cer vers quarante ou cinquante ans, et à regarder comme des exceptions les cas où la maladie s'est manifestée avant la puberté. Mais ici commencent, avec l'obscurité du sujet, les contradictions des pathologistes. La plupart pensent que les femmes mariées y sont le plus exposées; Sprengel soutient que ce sont les religieuses et les célibataires. Ainsi des causes prédisposantes, tout ce qui reste avéré c'est que les kystes liquides de l'ovaire paraissent surtout s'y développer à l'époque où l'organe a cessé d'être le siége de toute son activité fonctionnelle. Quant aux causes déterminantes, elles nous échappent complétement. L'hydropisie de l'ovaire est une maladie cryptogame, pour emprunter le langage des botanistes.

Caractères anatomiques de l'hydropisie de l'ovaire. Quel est le point de départ, le mode de formation du kyste? N'est-il, suivant l'opinion de Graaf, de Seymour, de Mme Boivin et Dugès, que le développement exagéré, morbide d'une des vésicules normales de l'organe? Est-il au contraire créé de toutes pièces, plus ou moins favorisé par la diathèse cancéreuse, comme l'a avancé Delpech (*Clinique chirurgicale de Montpellier*, t. II, p. 214) et comme M. Cruveilhier semble l'avoir admis pour ce qu'il appelle le cancer aréolaire? Que la poche soit ou non de nouvelle formation, nous croyons qu'on en doit dégager l'apparition de tout rapport avec l'encéphaloïde ou le squirrhe qui ne sont que des complications. « J'ai trouvé, dit M. Velpeau (*Répert. de Méd.*, tome XXII, p. 582), sur le cadavre une variété de kyste, qui n'a point encore, que je sache, été mentionnée, et qui peut-être devient parfois une de ces hydropisies connues sous le nom de *kystes de l'ovaire*. Les tumeurs que j'ai vues avaient d'abord le volume d'un petit pois, d'une aveline, d'un grain de raisin, d'une petite noix. La petite poche à parois minces, remplie de liquide séreux, citroné, onctueux, ressemble à une sorte de poire, et tient tantôt à la trompe, tantôt à l'ovaire, tantôt aux ligaments de l'utérus, par un long pédicule très-grêle, une sorte de fil qui ne m'a pas paru perméable. Ne seraient-ce pas là des vésicules géminales égarées dans le ventre et qui auraient entraîné le péritoine en se séparant de leur source? »

Arrivons promptement au côté positif de la question. Étudions les kystes ovariques d'abord dans leur enveloppe, ensuite dans leur contenu. Leur grosseur varie depuis celle d'un œuf (et l'on conçoit qu'au commencement elle a dû être plus petite) jusqu'à celle du corps. La tumeur occupant d'abord la même place que l'ovaire, peut être entraînée par son poids vers les parties déclives du bassin, ou à cause de son volume, forcée de s'élever et de se placer vers la région la plus spacieuse de la cavité abdominale, c'est à dire au milieu. Ce point d'anatomie pathologique a été très-bien traité par M. Cruveilhier (*Anat. path.*, 18e liv.). Régulièrement bosselée, la tumeur, dans son accroissement, tantôt contracte des adhérences avec les viscères voisins, tantôt reste libre. La surface interne de la poche présente les aspects les plus divers : unie, mamelonnée, envoyant dans l'intérieur de la cavité, des cloisons complètes ou incomplètes. L'épaisseur de la paroi n'est pas plus constante. La structure en est généralement fibreuse, quelquefois avec une apparence musculaire.

Le liquide que renferme le kyste offre également une diversité infinie : sérosité transparente et incolore comme de l'eau, sérosité citrine, liquide couleur café, liquide lactescent, liquide purulent, substance semblable à de la gélatine, à du miel, à de la lie de vin, à du suif, à de la graisse, à du fromage pourri, souvent à de l'huile, et quelquefois à rien. Il n'est pas rare que plusieurs de ces variétés se trouvent réunies et séparées dans les loges d'un kyste multiloculaire. L'analyse y a trouvé de l'albumine, de la gélatine, de la fibrine, un peu de phosphate et d'hydrochlorate de soude. (Julia Fontenelle, *Arch. de méd.*, t. IV, p. 257.) — On y aurait observé des gaz dont la présence dans la tumeur a pu faire croire à sa communication avec l'intestin, ainsi qu'au rapport de M. Velpeau, Dehaen l'aurait vu et consigné. (Ratio medendi, t. II, p. 239.) Il est vrai qu'en remontant à la source, nous n'avons rien trouvé qui se rapportât à la citation du professeur de Paris. Toujours est-il qu'on a rencontré des calculs baignant dans le liquide de ces kystes. En

voici un exemple remarquable qu'on doit à Denis, chirurgien de Stanislas Leczinsky, roi de Pologne.

Obs. 1. « Madame Marquant, de Commercy, femme douée d'une bonne constitution, d'une humeur toujours égale, exempte de mélancolie, avait déjà eu plusieurs enfants sains et robustes. Cette dame, à l'époque de sa dernière grossesse, fut affligée d'une indisposition dont il ne fut pas possible de déterminer la cause. Dès le moment de la conception elle commença à ressentir des douleurs au côté gauche, des cardialgies, des nausées, des vomissements, qu'elle regarda comme l'effet d'une grossesse commençante; mais à mesure que le terme avançait, les accidents allaient en augmentant; enfin elle éprouva une perte momentanée qui devint ensuite continue. Parvenue au terme de la gestation, il se manifesta des douleurs encore plus intenses. La femme mourut. Je fus appelé pour faire l'opération césarienne et ondoyer l'enfant. Après avoir rempli ce devoir, je vis au côté gauche un globe ressemblant assez à une seconde matrice, ce que je regardai comme l'effet d'une hydropisie enkystée de l'ovaire. J'y donnai un coup de scalpel qui en fit sortir beaucoup d'eau. Y ayant introduit la main je trouvai quantité de cellules béantes; les membranes de chaque œuf (si l'on peut se servir de cette dénomination) s'étant rompues pour n'avoir pu se prêter à l'abondance de l'eau qui y affluait, j'introduisis, à différentes reprises, la main dans chacune de ces cellules et je la retirai chaque fois remplie de pierres toutes triangulaires, lisses et polies, de couleur café au lait; on eût dit que c'était un rayon de miel, les ovoïdes étant ouverts comme les cellules des abeilles. Je n'étais point encore parvenu au but de mes recherches, rien ne faisant connaître jusqu'ici la cause de la perte. Ayant continué à rechercher scrupuleusement aux environs, tant de cette tumeur que du ligament large et de la trompe de Fallope, je découvris une pierre adhérente à ce ligament, de la grosseur d'une forte noix et hérissée de pointes si multipliées et si aigues, qu'elles s'attachaient aux doigts : je ne puis mieux la comparer qu'à un porc-épic. Elle se trouvait adossée à la trompe, qu'elle irritait par les différents mouvements de la malade. Ce frottement avait déterminé la rupture de quelques vaisseaux sanguins : le sang s'épanchait dans la trompe, fluait à l'aide de ce conduit dans l'utérus et de là dans le vagin. » (*Dict. des Sciences méd.*, t. XXXIX, p. 30).

N'est-ce pas là un fait curieux sous le double rapport des calculs et de la cause de l'hémorrhagie?

Symptômes de l'hydropisie de l'ovaire. Cette maladie est très-obscure dans ses débuts, rien ne trahit son existence que le fait même de la masse de la tumeur dont l'accroissement finit par apporter une gêne mécanique aux fonctions des viscères voisins. Point de douleur, souvent point de dérangement des règles, ni de stérilité, aucune atteinte à la santé. Ce n'est que plus tard que le volume du kyste occasionne la distension du ventre, de la dyspnée, des pesanteurs et quelques troubles dans le tube digestif.

Diagnostic de l'hydropisie de l'ovaire. En traitant le diagnostic sous un point de vue historique, ce sera, sans que la clarté ait à en souffrir, lui donner un intérêt de plus. Ce coup d'œil rétrospectif ne remontera d'ailleurs pas au delà de l'Académie de chirurgie. Voici comment l'un des membres les plus distingués de cette illustre compagnie, expose ce point de séméiologie : c'était l'état de la science.

«...... Il m'est arrivé d'annoncer plusieurs fois des hydropisies de cette espèce qui ont été trouvées telles après la mort. On pourra porter le même jugement en pareil cas, en profitant des remarques suivantes :

» 1° Si l'on est à portée d'observer la maladie dans sa naissance, le siége de la tumeur doit fixer l'attention; il est simple que la tumeur de l'ovaire qui commence à se former, n'occupe qu'un des côtés de l'hypogastre; ce n'est que lorsqu'elle est devenue considérable, qu'elle peut contrefaire l'ascite. M. Durand, chirurgien-major du régiment de Lorraine, a donné à l'Académie, en 1751, l'histoire d'une hydropisie de l'ovaire, qui avait commencé par une douleur sourde et pesante vers la partie latérale de la région iliaque, et tant que vécut la malade, cet endroit était toujours resté affecté

plus que toutes les autres parties du ventre.

» 2° Les femmes qui ont cette maladie sont fort peu incommodées, ou même ne le sont point du tout dans les commencements. Celle qui fait le sujet de l'observation précédente, s'en était ressentie pour la première fois au commencement d'une grossesse qui n'en fut pas moins heureuse; son ventre augmentant toujours par l'accroissement de l'hydropisie, elle eut encore trois grossesses, et ce ne fut qu'à la dernière, que l'enfant ne vint point à terme; cependant la maladie ne fut pas fort longue, puisque commencée en août 1745, elle se termina par la mort de la malade en décembre 1749, et néanmoins le kyste était agrandi au point de contenir environ 25 pintes de liqueur. Dans l'observation de M. Duret, qui donne l'exemple du kyste le plus considérable pour la capacité, il est rapporté que le cours des urines avait toujours été régulier; ce qui est bien opposé à ce qui se passe dans une hydropisie ascite. Les femmes à qui on a fait la ponction dans ce cas, ne sont incommodées que du seul poids de la tumeur dans les intervalles de l'opération. Il m'est arrivé plus d'une fois d'attendre chez elle une dame de condition, pour me trouver au rendez-vous pris avec elle pour faire la ponction; elle partait souvent pour la campagne le lendemain après avoir rendu communément dix-huit pintes d'eau, et elle y mourut des suites d'une indigestion. Enfin, cette maladie peut être portée très-longtemps. M. Tacheron, chirurgien à Villers-Cotterets, a trouvé une hydropisie de l'ovaire dans le cadavre d'une fille morte à quatre-vingt-huit ans, et dont la maladie avait commencé à l'âge de trente, et le kyste occupait toute la capacité de l'abdomen, excepté le bassin.

» 3° La liqueur de ces hydropisies n'est pas toujours pareille à celle de l'ascite : elle est quelquefois fort épaisse, lourde, assez souvent semblable, sans être pourtant grasse, à ce que l'on nomme *amurca*, qui est la partie la plus épaisse de l'huile réservée dans les tonneaux; elle est même quelquefois gélatineuse, et dans l'observation de M. Delaporte, elle avait une consistance presque couenneuse.

» 4° Cette différence dans la consistance de la liqueur, fait que la fluctuation n'est pas toujours aussi sensible que dans l'ascite. De plus, les eaux sont quelquefois très-éloignées des doigts, parce qu'à l'épaisseur des téguments, il faut ajouter celle du kyste plus ou moins considérable, et quelquefois, celle des masses squirrheuses qui en garnissent la paroi interne. Une femme avait cinquante pintes d'eau dans son kyste, l'on ne s'en doutait point, et sa grosseur fut prise pour un squirrhe. » (Morand, *Mém. de l'Académie royale de chirurgie,* t. II, p. 457.)

Ainsi, l'état normal de la sécrétion urinaire, l'intégrité presque complète de la santé générale, et la circonscription primitive de la tumeur, telles sont les seules données qui pouvaient, à l'époque de l'Académie de chirurgie, servir à distinguer l'hydropisie de l'ovaire de celle du péritoine, et qui laissaient conséquemment ce diagnostic différentiel fort incertain. La ponction explorative, bien qu'approchant plus près du but, exposait encore à le manquer souvent, comme on peut s'en convaincre en se rappelant les qualités si diverses et quelquefois si analogues, que peut offrir le liquide dans les deux cas. C'est à M. Rostan, qu'appartient l'honneur d'avoir découvert le signe physique qui sépare de la manière la plus nette, les deux affections, même dans leur degré le plus élevé.

« Dans l'exploration des hydropiques, en opérant la percussion de l'abdomen afin de produire la fluctuation du liquide, nous avons remarqué, ainsi que tous les médecins, que dans l'ascite cette percussion faite à la partie la plus éminente donnait lieu la plupart du temps à un son semblable à celui de la tympanite; il nous a été facile d'en conclure que les intestins, distendus par des gaz, flottaient au-dessus du liquide où leur pesanteur spécifique les forçait de remonter. Ayant eu souvent occasion de faire le même examen sur des personnes affectées d'hydropisies enkystées, dont le développement était considérable (car ce n'est qu'alors qu'il peut exister quelque doute sur la nature de la maladie), nous avons observé au contraire que la fluctuation était très-évidente

à la partie la plus saillante de l'abdomen, tandis que le son du météorisme avait lieu sur les côtés, parties les plus inférieures, la malade étant couchée sur le dos. Ce phénomène se conçoit encore parfaitement, si l'on réfléchit que la tumeur, en se distendant outre mesure, refoule sous elle et sur les côtés toute la masse intestinale. » (Rostan, *Cours de médecine clinique*, t. I, p. 449).

Enfin M. Piorry a fait ici l'application de son plessimètre, en substituant la matité à la fluctuation souvent nulle, et en variant la position du sujet soumis à son examen, il a porté le diagnostic à une précision qu'il n'avait pas encore atteinte.

« 1° Dans l'hydropisie enkystée la tumeur n'occupe pas toujours la partie déclive ; et si elle est plus basse qu'une portion des intestins, presque constamment quelques anses de ceux-ci lui sont inférieurement placées.

» 2° Ordinairement fixe, quelquefois mobile, la tumeur peut bien dans quelques cas se porter à droite ou à gauche, mais alors des portions d'intestin pressées par le kyste restent encore à la partie déclive.

» 3° La tumeur est limitée supérieurement par une surface arrondie, irrégulière et non de niveau, au-dessus de laquelle se trouvent soit l'estomac soit les intestins.

» 4° Si la tumeur s'est développée à droite, les intestins sont situés à gauche, et il peut arriver, quoique rarement, qu'il n'y en ait pas du tout à droite : c'est ce qui a lieu pour les kystes de l'ovaire qui ont acquis un grand volume.

» 5° Le son que fournit la percussion du kyste est beaucoup plus mat que celui de l'ascite ; il a de l'analogie avec celui auquel donne naissance le foie immédiatement percuté ; il n'est pas sec ou ostéal quand les parois de la tumeur sont molles ou dépressibles.

» 6° On trouve tantôt dans toute la partie sous-jacente à la tumeur, d'autres fois sur quelques-uns de ces points seulement, une résonnance intestinale ou stomacale, en rapport avec telle ou telle paroi du tube digestif.

» 7° Quelquefois le son mat auquel donne lieu la percussion du kyste se trouve dans un espace situé au-dessus de tous les autres points de l'abdomen où les intestins et l'estomac donnent lieu au bruit tympanique.

» 8° Si des organes creux contenant des gaz sont au-dessus de la tumeur, ce n'est pas sur une ligne de niveau que l'on rencontre les différences du son clair au son mat.

» 9° Les changements alternatifs de position sur le côté droit et sur le côté gauche n'empêchent pas que sur les mêmes points on continue à obtenir le son tympanique.

» 10° Si les parois du kyste sont très-minces, si le fluide qui s'y trouve est très-clair, enfin si des anses d'intestin touchent aux parois du kyste, le bruit humorique pourra être obtenu.

» 11° Si le kyste est recouvert par beaucoup d'intestins, la dépression plus ou moins profonde des parois avec le plessimètre fera obtenir un son mat sur le sommet de la tumeur ; sur les côtés de celle-ci une résonnance tympanique se fera entendre à une grande profondeur.

» 12° Le côté vers lequel les intestins se trouvent placés indique que la tumeur a son siége sur le côté opposé. »

Passant au cas où les deux hydropisies se compliquent l'une l'autre, l'auteur assigne à cette coïncidence les caractères suivants :

« 1° Le son ascitique, dans le cas de complication d'hydropisie péritonéale et de kyste abdominal, varie de lieu en raison des positions de la malade, comme s'il s'agissait de l'ascite simple.

» 2° On observe le niveau supérieur du liquide et au-dessus de lui se rencontre aussi le tube intestinal.

» 3° La tumeur enkystée, fixe ou mobile suivant son siége, a un son mat bien distinct du son plus plein qu'offre le liquide qui serait accumulé en même temps dans le péritoine.

» 4° Si l'épanchement est considérable et que la tumeur soit assez volumineuse pour s'élever au-dessus du niveau du liquide, on trouvera souvent le bruit tympanique du tube intestinal entre les points où se trouve la résonnance et ceux où on observe la matité de la tumeur ; c'est qu'a-

lors les intestins recouvrent celle-ci. Si on déprime ces viscères on obtient profondément le son mat qui est propre au kyste.

» 5° Si la tumeur est considérable et qu'il y ait peu de sérosité dans le péritoine, il faudra percuter les points où se trouvent les intestins et faire ensuite incliner le malade sur ce côté. Si le son reste alors le même, il sera démontré que l'abdomen ne contient pas de liquide ; si la résonnance, au contraire, devient ascitique, il y aura une substance fluide dans l'intérieur même de la cavité péritonéale. » (Piorry, *Percussion médiate*, p. 179.)

De deux choses l'une, ou la tumeur encore peu éloignée de son début se circonscrit au palper et à la percussion et répond à l'une des fosses iliaques, et alors, si elle est fluctuante, il est très-probable sinon prouvé qu'elle est constituée par un kyste ovarique ; dans le cas où elle ne présenterait pas le dernier caractère, sa régularité et sa consistance pourraient donner sur sa nature liquide des présomptions qu'une ponction explorative érigerait seule en certitude.

Si la collection envahissant une grande partie du ventre ne se laisse plus limiter au toucher, l'origine du mal dans l'un des côtés, la conservation de la santé, la limitation primitive et la persistance de la douleur dans ce point, la non-diminution des urines, l'absence de l'élargissement des flancs dans le décubitus dorsal, l'absence du niveau horizontal quand la malade est assise, les bornes curvilignes que le plessimètre trouve à la tumeur, à son sommet comme ailleurs, le son tympanique des intestins sur les côtés de la région où règne la matité, l'invariabilité de ces renseignements plessimétriques, quelle que soit la fluctuation, presque toujours perceptible quand la tumeur a acquis du développement ; tel est le signalement de l'hydropisie de l'ovaire. Ajoutons que le toucher vaginal et surtout la ponction explorative le complètent.

Voici une observation intéressante à tous égards, mais principalement sous le point de vue du diagnostic. Elle donnera en quelque sorte du corps aux caractères abstraits dont nous venons de tracer le tableau :

Obs. 2. « Madame ....., apprêteuse de châles, âgée de 26 ans, née à Beauvais, domiciliée à Paris depuis une dizaine d'années, s'était mariée à 16 ans ; à 17, elle accoucha facilement d'un garçon, qui a aujourd'hui 9 ans, et qui jouit d'une bonne santé. Cette femme, qui n'eut point d autre grossesse depuis cette époque, est d'un tempérament bilieux ; son teint est d'un brun jaunâtre ; sa chevelure noire, ses yeux bruns, sa sclérotique bleuâtre. Il y a quatre à cinq ans que la malade eut une inflammation du bas-ventre. Quels furent les viscères affectés ? c'est ce que ne put dire la malade. Mais depuis ce temps, il lui reste de la sensibilité dans la région iliaque gauche qui persista et s'étendit peu à peu de gauche à droite, où elle s'est fixée. Mais plus tard il se manifesta, au-dessus de la région inguinale, une petite tumeur qui était accompagnée de douleurs et de tiraillements incommodes dans la région du sacrum. Les règles n'étaient point dérangées dans leurs époques. Quoique fort occupée de son état, qui lui donnait beaucoup de fatigue, cette femme se portait assez bien ; elle avait même pris de l'embonpoint jusqu'au mois de décembre 1825, qu'elle fut atteinte d'un catarrhe aigu accompagné d'une toux extrêmement violente.

» C'est à cette époque que les douleurs de la région iliaque droite se sont réveillées sous l'influence des contractions brusques des muscles abdominaux, excitées par la toux. Le catarrhe guérit, mais la douleur de l'abdomen augmenta d'intensité ; sa tuméfaction prit un accroissement sensible et s'accompagna de nausées et de vomissements fréquents.

» On eut recours, chez cette malade, aux saignées générales et locales, aux demi-bains, aux lavements avec addition de laudanum. Le calme n'était que momentané ; l'intumescence abdominale continuant d'augmenter de volume, le médecin de qui nous tenons ces détails, crut avoir affaire à une grossesse utérine, et il conserva cette opinion longtemps encore après le terme expiré de la grossesse.

» Cependant la tumeur que l'on prenait pour celle de l'utérus en état de plénitude, était le siége d'une douleur vive, constante, que rien ne pouvait calmer.

» Vers le mois de mai on appela en con-

sultation un des plus habiles praticiens de Paris, qui crut reconnaître l'existence d'une grossesse extra-utérine; au moins la présence d'un corps solide développé hors de la matrice. Appelé depuis auprès de la malade, il insista sur son premier diagnostic.

» Le médecin ordinaire, qui avait eu occasion d'examiner sa malade autant de fois qu'il le jugeait convenable, n'avait pu encore se dessaisir de son idée de grossesse utérine; il avait encore remarqué que pendant les douleurs violentes qu'éprouvait la femme, la tumeur se durcissait, se contractait sous la main appliquée à la surface. Encore dans les derniers jours de juillet (1826), il avait trouvé le col de l'utérus tout à fait effacé, ses bords très-minces et un commencement de dilatation : la malade disait sentir remuer.

» Ce fut le 20 juillet 1826 que cette femme entra à la maison de santé, accompagnée de son médecin ordinaire. M. Paul Dubois, qui avait eu occasion d'examiner la malade et qui ne partageait point l'opinion du célèbre chirurgien consulté, ni celle du médecin, désirait connaître la mienne sur le cas intéressant qui se présentait. Craignant de ne point le rencontrer à la visite, je consignai par écrit le résultat de mon examen, qui lui fut remis tel qu'il suit :

Rapport sur l'état de Madame M....., malade de la chambre n° 12.

» 1° Après avoir obtenu de la malade et de son médecin les renseignements sur les circonstances qui ont précédé l'état actuel de la maladie, j'ai cherché d'abord à m'assurer de la situation du col de l'utérus, que je trouvai presque entièrement caché par un repli transversal du vagin, et remonté derrière le pubis droit. Le museau de tanche est à peu près du volume naturel.

» 2° La tumeur qui se trouve derrière la paroi postérieure du vagin me paraît être la même que celle qui fait saillie à l'extérieur du côté gauche.

» 3° Le développement du ventre me paraît être déterminé par deux tumeurs distinctes : une grande qui occupe la presque totalité de la cavité abdominale, et une petite située en devant de la fosse iliaque gauche.

» 4° L'exploration du côté du rectum ne m'ayant point accusé la présence du fond de l'utérus que j'aurais dû y rencontrer, d'après la situation qu'affecte le col de cet organe, j'ai pensé que cette tumeur qui occupe la paroi recto-vaginale pouvait être produite par le corps de la matrice même, développé par la présence de quelques corps étrangers, tels que du sang coagulé, etc.

» 5° L'intumescence de l'abdomen est, je crois, occasionnée par le développement d'un kyste hydatique ou autre qui a son siége dans un des ovaires. Quoique le volume du ventre soit beaucoup plus considérable *à droite*, je pense que c'est l'*ovaire gauche* qui est affecté, parce que dans l'origine c'est de ce côté que la douleur s'est fait sentir et que ce n'est que par suite qu'elle s'est manifestée à droite.

» 6° Le fluide contenu dans la grande tumeur est très-sensible à la plus légère percussion. Le mouvement que l'on attribue au fœtus et dont je fus témoin, n'est qu'une espèce de bouillonnement ascensionnaire du fluide contenu dans le kyste et qui s'opère le plus souvent sans contraction des muscles abdominaux.

» 7° L'exploration attentive de la grande tumeur n'accuse aucune communication avec la petite tumeur du côté gauche.

» 8° En comprimant la grande tumeur de haut en bas, on repousse celle qui se projette derrière le vagin. Mais le simple contact des deux tumeurs mobiles à un certain degré suffit pour rendre raison du déplacement de l'une par l'autre.

» 9° D'après l'état actuel des parties, je ne pense pas qu'il y ait grossesse fœtale ni utérine, ni extra-utérine ; il faudrait, pour admettre cette dernière supposition, remonter à l'époque des premières douleurs et du développement du côté droit de l'abdomen. Depuis lors, jamais la malade n'a ressenti de mouvements analogues à ceux qu'exécute le fœtus. Les règles ont paru chaque mois et en même quantité.

» 10° Enfin, d'après l'idée que je me fais de l'état et de la disposition des parties, je ne pense pas que l'on arrive dans

la grande tumeur de l'abdomen par la tumeur qui fait saillie du côté du vagin, parce que je crois que celle-ci dépend de l'utérus et que l'autre appartient à l'ovaire.

» M. Paul Dubois s'est trouvé en tout de mon avis ; il croyait aussi que la petite tumeur du côté gauche était occasionnée par le développement du corps de l'utérus. Un nouvel examen le fit changer d'opinion, et l'événement justifia son diagnostic.

» M. Paul Dubois fit une incision du côté du vagin, non sur la tumeur gauche, mais il porta l'instrument tranchant derrière le col de l'utérus, et avec assez d'adresse pour éviter d'intéresser le rectum et pour ne pénétrer que dans le grand kyste, d'où il sortit une matière épaisse comme de la bouillie, et dont la quantité peut être estimée à *vingt* livres.

» Après la déplétion totale du kyste, l'utérus, d'élevé qu'il était, redescendit occuper sa place dans le vagin, et l'on sentit distinctement qu'il était vide, absolument dans l'état naturel, et que la tumeur de gauche lui était tout à fait étrangère, comme l'avait annoncé déjà M. Dubois.

» Les symptômes précédents ne tardèrent pas à se renouveler après la sortie de la malade. Elle mourut chez elle un mois après la ponction.

» Nous devons à l'obligeance de M. P. Dubois la note ci-après :

» A l'*autopsie*, on trouva le kyste qui s'étendait depuis la petite tumeur gauche, *dont il n'était que la continuation*, jusqu'au bord inférieur du grand lobe du foie, avec lequel ce kyste avait contracté des adhérences : il avait également des adhérences avec la paroi abdominale *du côté droit*. Le côté gauche où était la base du kyste était tout à fait libre. Cette portion de la tumeur faisait masse commune avec le fond de l'utérus qui était entraîné de ce côté. Cet organe, plus gros que dans l'état naturel, était sain.

» C'était donc, comme nous l'avions supposé, l'ovaire gauche qui s'était développé et dirigé à droite.

» La base compacte de cette tumeur était formée par un amas d'hydatides, de tubercules et d'un détritus de ces substances.

» L'intérieur du grand kyste était parsemé de masses tuberculeuses ; ses parois avaient plusieurs lignes d'épaisseur ; la trompe de ce côté avait suivi le développement de l'ovaire ; elle était augmentée de volume et de longueur, et avait contracté des adhérences dans toute l'étendue du kyste.

» Le cordon sus-pubien du même côté était très-volumineux. L'ovaire droit, du double de son volume ordinaire, contenait un petit kyste rougeâtre de la grosseur d'une aveline ; la trompe de ce côté était saine. » (Mme Boivin, *Recherches sur une des causes les plus fréquentes et les moins connues de l'avortement*, p. 84.)

Cette observation prouve combien il est difficile, dans certains cas, de résister à une influence étrangère. L'erreur dans laquelle s'est laissé entraîner le chirurgien célèbre qui fut consulté, a sans doute été causée par les méprises de la malade et par la préoccupation de son médecin.

Il est probable, ajoute l'auteur, que l'on n'a point reconnu le col de l'utérus, qui était très-élevé derrière le pubis ; que la tumeur qui se trouvait à gauche du bassin, a été prise pour une tête de fœtus et qu'un repli de la paroi postérieure du vagin a été confondu avec les bords de l'orifice utéro-vaginal que l'on croyait dilaté.

Jamais l'utérus, occupé par le produit de la conception, n'offre cette dureté, cette contraction permanente que dit avoir observées le médecin.

On ne doit point perdre de vue qu'un kyste exactement rempli par un fluide quelconque présente au palper un corps aussi dur qu'une substance solide ou osseuse. Une tumeur qui contient un liquide ne devient fluctuante qu'autant que le contenant a plus de capacité que le contenu n'a d'étendue ; il faut qu'il y ait du vide dans la tumeur, pour que la fluctuation s'y fasse remarquer ; aussi le fluide n'est devenu perceptible par la percussion que lorsque le kyste eut acquis une certaine dimension, et peut-être après la destruction de quelques cloisons intérieures.

« En général le précepte le plus important à observer, toutes les fois qu'il s'agit

de constater s'il existe ou non une grossesse utérine, c'est de *s'assurer de l'état de l'orifice de l'utérus*, et d'examiner avec attention si sa situation, et surtout son volume, son degré de longueur et d'effacement, se trouvent en rapport avec l'époque présumée de la grossesse. (L'auteur ne faisant allusion ici qu'au simple toucher, fait abstraction du ballottement et des pulsations fœtales, qui d'ailleurs peuvent n'exister pas encore, ou n'exister plus.) En général, ces sortes d'examen se font avec beaucoup de légèreté; on s'en rapporte trop aux symptômes exposés par la malade; souvent on néglige de remonter à une époque plus éloignée pour y chercher les causes d'où peuvent résulter les accidents qui simulent une fausse grossesse; car, chez notre malade, les règles n'ont point cessé de paraître à leur époque. Cette circonstance seule aurait dû au moins faire naître du doute; mais la prévention l'a emporté sur le jugement, et il s'en est suivi nécessairement une erreur presque toujours préjudiciable, dans ce cas, à la réputation de celui qui la commet.»

Pronostic de l'hydropisie de l'ovaire. Bien qu'essentiellement incurable, l'hydropisie ovarique n'est point en général une maladie grave. Elle se développe avec une extrême lenteur et souvent sans que la santé s'aperçoive de sa présence. On a vu des femmes porter de ces tumeurs trente ou quarante ans et arriver à quatre-vingt-quatre ans et plus. Ordinairement plus la femme est jeune, plus les progrès du mal sont rapides. Enfin, quand il doit avoir une terminaison fatale, ce n'est, terme moyen, qu'au bout de six (Velpeau) ou douze ans (Corbin). Tantôt alors la mort arrive par une véritable asphyxie due au volume excessif de la tumeur qui empêche le jeu de la poitrine en s'opposant à l'abaissement du diaphragme et à l'élévation des côtes par la distension des muscles abdominaux. On se figurera de tels effets quand on se rappellera que ces kystes ont atteint en vingt-huit ans six pieds de circonférence et un poids de cent soixante livres (*Acad. de chirurg.* — 1740). Quelquefois la poche se rompt dans le péritoine, où elle provoque une inflammation foudroyante. Cet épanchement peut être le résultat d'une véritable déchirure toute physique, ou d'un travail inflammatoire qui s'est emparé de la tumeur. Dans ce dernier cas le kyste peut, au lieu de se répandre dans le ventre verser le liquide qu'il contient par toutes les voies que nous avons indiquées à l'article ovarite. Une péritonite symptomatique, générale ou partielle, peut encore enlever la malade. L'étendue que nous donnons au traitement qui est la partie capitale de cet article, nous fait une loi de ne pas nous arrêter davantage sur ce point.

Traitement de l'hydropisie de l'ovaire. Les moyens médicaux sont ici d'une efficacité bien douteuse, si elle n'est pas nulle. Les sudorifiques, les mercuriaux, les purgatifs hydragogues comptent-ils, nous ne disons pas une guérison, mais quelques légers succès? Les préparations d'or, de plomb, d'iode, etc., les eaux minérales, ont-elles jamais apporté une amélioration incontestable? La compression récemment proposée promet-elle davantage? Peu confiant dans ces médications nous abordons immédiatement les ressources que nous offre la chirurgie.

La *ponction* est ici l'opération la plus simple, la moins dangereuse et conséquemment la plus usitée. On y a recours lorsque le volume de la tumeur produit, dans les fonctions, une gêne inquiétante ou insupportable. C'est presque toujours la paroi antérieure du ventre que l'on choisit pour arriver au kyste. Cependant on y a aussi enfoncé le trois-quarts par le vagin. Conseillé, dès 1831, par M. Velpeau (*Méd. op.*, 1[re] *éd.*, t. II), ce procédé a été employé, on ne sait avec quel résultat, par M. Neuman (*Traité de patholog.*, t. II, p. 72), par M. Nonat qui ne put empêcher le liquide de se reproduire; par M. Récamier qui après avoir fait pénétrer par la paroi abdominale antérieure, un trois-quarts de dix-huit pouces de long, en ramena la pointe par le cul-de-sac recto-vaginal, et le fit ressortir à travers la paroi postérieure du conduit utéro-vulvaire: on laissa une canule à demeure; mort le vingt et unième jour, par une péritonite compliquée de pneumonie.

M. Michon fit, en 1839, une ponction directe par le vagin: le lendemain on se crut obligé d'enlever la canule obstruée, et

après des tentatives inutiles pour la placer, nouvelle ponction suivie d'une péritonite mortelle. La canule avait pénétré dans la cavité péritonéale.

Les avantages de la ponction sont de procurer, par la déplétion de la tumeur, une cure palliative, de pouvoir se répéter presque indéfiniment et d'être, comme nous l'avons dit, de tous les moyens chirurgicaux applicables à cette maladie, le moins dangereux. Que la soustraction d'une grande quantité de liquide, comme soixante litres, soit suivie d'un collapsus grave, que le liquide se soit épanché dans le péritoine où l'inflammation a été foudroyante, qu'on ait vu quelquefois une hémorrhagie interne, presque immédiatement fatale, que le trois-quarts s'égare et pénètre dans le ventre, il n'en reste pas moins établi que ces rares accidents ne peuvent balancer le nombre des cas où la ponction a prolongé la vie des malades.

Deux précautions qu'il ne faut pas perdre de vue, sont : 1° de ne pas vider la poche d'un seul coup, si elle est très-grande ; 2° d'en attaquer successivement les cloisons en faisant jouer en dedans la pointe de l'instrument, si le kyste est multiloculaire. — Quant à la question de savoir quel serait le véritable point d'élection, il nous semble que c'est la paroi postérieure du vagin, toutes les fois que le kyste s'y prononcera distinctement ; le liquide trouvera par là une issue presque naturelle, et comme elle répondra au fond du kyste, à mesure que l'humeur sera sécrétée elle s'écoulera par la canule à demeure, et la poche pourra ainsi revenir sur elle-même et s'effacer peut-être.

M. Gigon a publié (*Expérience*, t. VI, p. 165), un cas de guérison obtenue par des injections irritantes pratiquées dans le kyste ; c'est un succès dont nous félicitons l'auteur, sans savoir si nous oserions l'imiter.

L'incision du kyste, proposée par Le Dran et de Laporte, a été pratiquée par eux et par d'autres chirurgiens avec des résultats divers, mais en général si peu encourageants, que ceux même à qui elle a le mieux réussi, se demandent si l'extirpation ne serait point préférable. C'est cependant un procédé qui a quelquefois procuré une guérison radicale.

Obs. 3. « Une fille de quarante-deux ans, était depuis deux ou trois années malade d'obstructions dans le ventre, pour lesquelles elle avait vu plusieurs médecins. Pendant cette maladie ses règles s'étaient dérangées, puis entièrement arrêtées ; enfin, son ventre commença à grossir, ses urines devinrent briquetées et en petite quantité ; la fièvre s'alluma, il lui prit des vomissements très-fréquents, le ventre devint très douloureux, elle était tourmentée de vents et d'une constipation pénible, enfin elle fut déclarée hydropique, et je fus mandé pour faire la ponction, c'était en 1746.

» Je tirai environ quinze pintes d'eau bourbeuse mêlée de sang, et si puante, que toute la maison en fut infectée. Le ventre étant vidé, il me fut facile de distinguer à travers les téguments, dans la région iliaque gauche, une tumeur squirrheuse, inégale, fixe en sa place, et qui paraissait grosse comme un petit melon.

» Les accidents diminuèrent après la ponction ; les urines revinrent assez belles et en quantité raisonnable. La qualité de la liqueur que j'avais tirée par la ponction, m'avait fait conjecturer que c'était une hydropisie enkystée ; mais je n'en avais pas la preuve, et je ne l'eus qu'au bout de huit à dix jours que le kyste s'étant rempli à demi, j'en distinguai facilement les bornes ; dans une partie de sa circonférence, il semblait tenir à la tumeur squirrheuse.

» En trois semaines, le kyste se remplit presque autant que la première fois. Alors, connaissant la nature de la maladie que je n'avais pu connaître la première fois, parce que le kyste s'étendait par tout le ventre, je crus que la simple ponction avec le trois-quarts ne convenait pas, et qu'en vidant le kyste, il fallait empêcher qu'il ne pût se remplir. Je fis donc une incision assez grande pour qu'elle ne pût se resserrer promptement, et je la fis à l'endroit de la ligne blanche, un peu au-dessous de l'ombilic, afin que le fond du kyste se rapprochant peu à peu de la tumeur squirrheuse sur laquelle il s'était formé, la plaie répondît toujours à sa cavité.

» Il sortit par l'incision, presque autant d'une liqueur pareille et aussi puante

que la première que j'avais tirée trois semaines auparavant. Je mis dans la plaie une canule pour l'empêcher de trop se resserrer et pouvoir y faire les injections convenables. Cependant il survint de nouveaux accidents; la fièvre augmenta accompagnée d'une espèce de délire qui ne laissait que quelques heures d'intervalle. Il survint un dégoût affreux, et des nausées presque continuelles; la malade vomissait sur-le-champ tout ce qu'elle avalait, et comme le vin d'Espagne était la seule chose qu'elle ne vomît pas, on la soutint avec cette liqueur seule, dont elle prit six à sept onces par jour, pendant trois semaines, que tous ces accidents subsistèrent dans leur violence. Pendant ce temps, il sortait tous les jours par la canule huit ou dix onces de liqueur rouge, bourbeuse et aussi puante que le jour de l'opération, et j'y faisais, soir et matin, des injections d'eau d'orge et de miel rosat. Enfin au bout de trois semaines, la liqueur qui sortait du kyste perdit un peu de sa couleur, et on y distinguait du pus.

» Un matin, en la pansant, je vis sortir tout d'un coup dix à quinze onces de pus bien plus blanc que le reste. Je pensai que la tumeur s'était mise en suppuration, et qu'elle vidait sa matière dans le kyste, car, au toucher, elle parut considérablement diminuée de volume. Deux jours après, la violence des accidents commença à diminuer, et ils cessèrent peu à peu. L'intérieur du kyste se mit en bonne suppuration, et de jour en jour le pus perdait sa couleur rouge et sa puanteur. Sa quantité diminuait de même insensiblement, de manière qu'au bout de six mois il n'en sortait tous les jours qu'une cuillerée au plus par la canule qui y était toujours, et qu'on ôtait de temps en temps pour la nettoyer. Sans doute que les parois du kyste se rapprochaient peu à peu.

» Cela a subsisté dans le même état pendant plus de deux ans, et enfin, la malade, ayant un jour ôté sa canule pour la nettoyer, elle ne put la remettre, et la plaie s'est fermée entièrement; avec le temps les règles sont revenues et se sont arrangées suivant l'ordre naturel.

» De toutes les hydropisies enkystées que j'ai traitées par l'incision, ajoute Le Dran, celle-ci est la seule où j'aie vu le kyste se fermer entièrement. » (*Mém. de l'Acad. roy. de ch.*, t. II, p 442.)

Tout intéressante qu'est cette cure, elle le serait davantage encore s'il était certain que la masse solide, qui avait comme le kyste son siége dans l'ovaire, était de nature squirrheuse; mais c'est une complication qui ne ressort point nettement des détails de l'observation. Le Dran n'aurait-il trouvé, ainsi qu'il semble le dire, d'autre inconvénient à cette méthode que l'établissement d'une fistule intarissable? Delaporte ne fut pas si heureux dans le cas suivant, qui est trop curieux pour que nous n'en donnions pas une courte analyse; il formera d'ailleurs le pendant du précédent.

Obs. 3. Une femme de cinquante-sept ans avait le ventre énormément distendu par une collection de liquide obscurément fluctuante. Le chirurgien pratiqua une ponction; ne voyant rien sortir par la canule du trois-quarts, il y introduisit un stylet, dont l'extrémité revint chargée d'une humeur gélatineuse. Une incision oblique de cinq travers de doigt donna issue à gros comme la tête d'un enfant d'une matière pareille à de la gelée; dans l'espace de deux heures il en sortit trente-cinq livres... Le dévoiement s'établit le quatrième jour de l'opération, et la malade mourut le treizième, après avoir rendu à diverses reprises soixante-sept livres de gelée. La mort parut dépendre de l'épuisement occasionné par cette secrétion excessive et par le dévoiement.

A l'autopsie, on trouva un kyste remplissant toute la capacité du ventre jusqu'à l'hypochondre droit, s'avançant sur le gauche et repoussant une partie des intestins vers le diaphragme, adhérent au péritoine et au mésentère, et intimement uni à la vessie et au rectum; cette tumeur ramassée à la grosseur d'un œuf de poule vers sa racine, prenait naissance de l'ovaire droit. La trompe et le ligament large correspondant étaient confondus avec la tumeur, dont la surface extérieure bosselée, était unie dans la plus grande partie de son étendue; mais de plusieurs points de cette surface partaient de petites brides qui l'attachaient

aux parties que nous avons indiquées. La matrice était un peu déviée à droite. Outre l'incision, le kyste offrait encore deux crevasses qui s'étaient faites par pourriture, et qui avaient laissé échapper la matière gélatineuse dans toute la capacité du ventre (de quelle époque datait cet épanchement? comment n'a-t-il pas causé une péritonite? ne s'est-il opéré que dans les derniers temps de la vie?)

L'intérieur de la tumeur était plein de cellules et de kystes particuliers contenant de la matière brune gélatineuse.

Cette maladie (nous suivons l'ordre de l'auteur) avait commencé il y avait dix mois, à la suite d'une perte de sang qui dura quelques jours, une douleur se fit sentir au bas-ventre et peu à peu le kyste atteignit tout son volume. Delaporte termine en se demandant si l'extirpation ne serait point préférable.

Pour pratiquer l'incision, les chirurgiens ne paraissent avoir suivi aucune règle; l'un coupe obliquement, l'autre en travers. Le véritable lieu d'élection serait le point de la tumeur le plus sûrement adhérent à la paroi abdominale; mais par où arriver à la certitude sous ce rapport? La partie la plus saillante sera-t-elle toujours la plus adhérente? Ne sera-t-on point souvent exposé à des mécomptes et à des épanchements, comme dans le cas de Delaporte? Pourquoi ne pas recourir ici à la potasse caustique, qui aurait le double avantage de provoquer la formation d'adhérences salutaires et d'opérer une ouverture qui resterait béante jusqu'à l'effacement du kyste, sans qu'aucun débridement devînt nécessaire, ce qui s'est vu plus d'une fois (*Mémoires de l'académie de chirurgie,* t. II, p. 453). Cet emploi du caustique dont M. Vidal de Cassis avait si bien indiqué le mécanisme, en montrant combien il se rapproche du procédé que suit la nature dans ses éliminations (*Traité de pathologie chirurgicale*), se généralise de plus en plus, et M. Bonnet de Lyon vient d'en faire une belle application au traitement de la phlébite. A nos yeux, cette méthode l'emporte de beaucoup sur l'incision. Nous reviendrons d'ailleurs sur ce sujet dans l'appréciation comparative des moyens chirurgicaux que réclame l'hydropisie de l'ovaire.

Extirpation. C'était une idée au moins hardie que de proposer l'extirpation de l'ovaire. Si l'on enlève impunément cet organe aux femelles de quelques animaux, devait-on en conclure que cette opération fût aussi peu dangereuse pour la femme? Non sans doute; comparez l'innocuité des injections irritantes dans les séreuses des mammifères, même les plus voisins de l'homme, à la gravité de l'ouverture de ces membranes chez ce dernier. La castration, chez l'homme, ne compromet que très-rarement la vie, sans doute, mais alors le péritoine reste étranger à cette mutilation. Est-il douteux que les effets seraient plus redoutables, si la tunique vaginale communiquait avec la séreuse abdominale? L'ablation de l'ovaire par Pott et M. Deneux n'a-t-elle pas dû en partie son succès aux adhérences qui établissaient dans l'anneau la séparation du sac et de la cavité du ventre? Peut-on d'ailleurs assimiler une simple opération de hernie étranglée, avec une large ouverture de la paroi de l'abdomen, ouverture, qui non-seulement met au contact de l'air toute la cavité séreuse, mais y épanche encore du sang, et l'offense par des manœuvres diverses et souvent laborieuses?

Quand il serait vrai que des peuples barbares prissent leurs eunuques parmi les femmes, ce ne serait point très-probant en faveur de l'opération dont il s'agit ici, car il est présumable que c'est dès l'enfance que ces malheureuses subissent cette mutilation et l'on sait qu'à cet âge l'espèce humaine se rapproche des animaux pour la facilité avec laquelle elle supporte les opérations. Voici à l'égard de la castration de la femme, les faits les plus authentiques qui soient à notre connaissance; car nous ne croyons point que, pour mettre fin aux déréglements de sa fille, un châtreur lui ait ouvert le ventre et extirpé impunément les deux ovaires. Si l'on comprend que la brutalité d'un père puisse aller dans un transport de fureur jusqu'à enfoncer dans le corps de son enfant une broche de fer rouge; l'intelligence se refuse à admettre la monstruosité réfléchie dont parle Wierus.

Nous passons aux exemples moins équivoques que nous avons annoncés. Ils ap-

partiennent au docteur G. Roberts (de la société orientale), qui les a consignés dans la relation de son voyage de Delhi à Bombay en 1841. Nons ne donnons dans cet extrait que ce qui se rapporte à notre sujet..... « Quelques heures après mon arrivée au *seraï* je vis venir trois chanteuses dont la voix mâle, la haute stature, les mouvements brusques accompagnés de gestes expressifs me firent d'abord craindre que ce ne fussent des *thags* (assassins) déguisés comme c'est leur usage dans l'Indoustan ; le mot *hedjera* par lequel on les appelait et que j'entendais pour la première fois ne faisait que fortifier cette croyance. Après bien des pourparlers et moyennant quelques roupies elles vinrent bien tard dans la nuit me visiter dans ma hutte. Elles me dirent que j'étais la première personne à qui elles découvraient leur nudité ; que l'état de stérilité forcée à laquelle elles étaient réduites était pour elles un grand sujet de honte. On sait que les Indous, comme tous les Orientaux, y attachent le plus grand opprobre même pour la courtisane. Point de gorge ni de mamelon ; l'ouverture du vagin entièrement oblitérée et ne montrant aucune marque de cicatrice ; le méat urinaire saillant et libre, atrophie complète du tissu cellulaire aux parties génitales, très-prononcé sur le reste du corps quoique cependant à un degré moindre que l'état normal ; point de poils quoiqu'elles n'eussent jamais fait usage du rasoir ou de l'épilatoire usité chez les Indous des deux sexes ; pas de hanches, c'est-à-dire aussi peu développées que chez l'homme ; on eût dit que les branches descendantes du pubis et les branches ascendantes de l'ischion s'étaient réunies et soudées à la place que devait occuper le vagin ; cette partie touchée avec la main laissait sentir partout une légère saillie cartilagineuse sous-cutanée ; les fesses étaient applaties, les rotules saillantes ; point de flux hémorrhoïdal, point d'hémorrhagie nasale pour suppléer les règles ; point de désirs vénériens pour l'un ni pour l'autre sexe. Ces femmes étaient grandes, robustes, bien musclées, jouissant d'une bonne santé et âgées d'environ vingt-cinq ans. L'opération a-t-elle été pratiquée chez elles de la même manière qu'on la fait chez la femelle du cochon ? Je n'ai pu rien apprendre d'elles. J'ai seulement découvert sur une de ces femmes, à la partie antérieure et supérieure de la crête de l'os des îles, une cicatrice d'un demi-pouce de circonférence ; mais comme ce stigmate n'existait pas chez les autres je n'ai pu en tirer aucune conséquence. Un vieux brahme avec lequel j'eus occcasion de parler des hedjeras, à Indore (capitale du Malonah), m'assura qu'on produisait l'atrophie des ovaires en les piquant avec des aiguilles imprégnées dans le fruit du *bhelphoul* encore vert. » Si des détails précédents il résulte que ces femmes avaient perdu les attributs de leur sexe, il n'est pas aussi clair que ce soit par l'ablation ou par la destruction de l'ovaire. L'absence de cicatrice à la paroi abdominale, l'impossibilité d'atrophier l'organe à coup d'aiguilles, d'ailleurs imprégnées du suc d'un fruit dont on fait dans le pays *d'excellents sorbets*, repoussent également cette idée. La saillie cartilagineuse qui se trouvait à la place du vagin effacé n'indiquerait-elle point que par ce conduit on a extirpé l'utérus lui-même ? Ne semble-t-il pas que c'est là l'interprétation la plus naturelle de la neutralité de ces êtres ? Il est regrettable que le docteur Roberts n'ait pas cherché le corps de la matrice par le rectum. Mais en supposant même, ce qui nous paraît inadmissible, que la mutilation n'eût porté que sur les ovaires, l'opération pratiquée dès l'âge le plus tendre, ce ne serait pas une raison pour l'entreprendre alors que l'organe qu'on enlève est devenu par son développement et ses fonctions un des rouages importants de l'organisme.

C'est cependant dans ces conditions qu'elle a été faite le plus souvent. Proposée d'abord par Schlenker, Willius et Payer ; discutée par de la Porte et préconisée par Morand, l'ablation de l'ovaire hydropique était tombée dans l'oubli quand M. Lizars essaya de la mettre en honneur. Plus d'un succès vint couronner son audace. D'autres chirurgiens, surtout en Amérique, suivirent la même voie avec le même bonheur. Sans faire l'énumération stérile de toutes ces tentatives hardies, sans les

exposer toutes avec des détails que ne comportent ni la nature de cet ouvrage, ni l'intelligence de la question, nous nous bornerons à l'analyse des cas les plus intéressants et à l'examen de l'issue de tous. Certes si le succès peut rendre entreprenant, ce doit être surtout quand des difficultés inattendues viennent le compromettre comme dans l'opération suivante. Les intestins échappés du ventre avaient été reçus et enveloppés dans une serviette pendant un certain temps; et ce large contact de l'air et d'un corps étranger, ne détermina point l'inflammation de la plus susceptible des membranes séreuses. Voici l'observation:

Obs. 4. « Une femme âgée de 38 ans avait accouché cinq fois dans l'espace de sept années. Après le quatrième accouchement, elle eut une métrite qui dura quelques semaines; depuis cette époque, la malade se plaint d'une douleur sourde dans l'hypochondre gauche, une année et demie après les dernières couches, une petite tuméfaction se manifesta dans la même région; des bains sulfureux la firent momentanément disparaître; mais elle revint et s'étendit à tout le bas-ventre. Deux ans après, les règles furent remplacées par des flueurs blanches de mauvaise nature qui ajoutèrent encore à la faiblesse de la malade. Le docteur Chrysmer ayant reconnu le mal, proposa l'opération qui fut acceptée et faite quant au premier temps, comme dans le cas de M. Lizars.

» L'ouverture du péritoine occasionna le prolapsus d'une grande partie des intestins; on les enveloppa d'une serviette chaude et humide. Les adhérences de la tumeur avec le péritoine (pariétal sans doute) et l'entrée du bassin, furent coupées; on posa une double ligature sur le pédicule de la tumeur qui avait sa racine au ligament large, et on divisa ce pédicule à un pouce de la ligature. Les intestins qui étaient restés cinq à six minutes enveloppés de la serviette, furent replacés dans le ventre; la sérosité accumulée dans le bassin fut étanchée avec l'éponge, et la plaie fermée par la suture. L'opération avait duré un quart-d heure, et la malade n'avait perdu que quelques onces de sang. Émulsion nitrée; léger frisson et hoquet; laudanum de Sydenham. Aucun accident ne vint entraver la guérison; au bout de trois semaines la malade retourne dans son pays natal. Depuis cette époque, elle est devenue enceinte et est accouchée d'un enfant bien portant. La tumeur pesait huit livres, dépassait la grosseur de la tête d'un enfant, était bosselée, livide en quelques endroits, et présentait dans son intérieur, des cavités remplies en partie de matières analogues à du miel, en partie d'un liquide verdâtre et sanieux. » (*Graëfe und Walthers journal* 12, B. 1 h).

A côté des succès, il faut placer les revers qui ne sont pas moins nombreux. L'exemple qu'on va lire met en relief les difficultés et les contre-indications les plus sérieuses de l'opération. Il appartient à un homme habile qui ne rapporta pourtant pas son échec à sa véritable cause, aux efforts exigés par la destruction d'adhérences étendues et intimes, mais au retard qu'il mit à employer les antiphlogistiques, tant il est vrai que sous l'empire d'une idée préconçue on s'abuse aisément, et que le chirurgien peut, lui aussi, prendre quelquefois ses vœux pour la réalité! Cette histoire est d'ailleurs remarquable sous plus d'un point de vue.

Obs. 5. « Isabelle C., cuisinière, âgée de vingt-cinq ans, pâle, d'une faible constitution, était au lit lorsque je la vis affectée du choléra, et si faible, que je ne crus pas qu'elle pût en revenir; l'abdomen présentait une tumeur dure et volumineuse. Comme je n'avais pas d'espoir je me retirai, et je fus très-étonné, à ma seconde visite, de la trouver au coin du feu, joyeuse et plus forte qu'on n'eût pu s'y attendre. Elle avait été réveillée pendant une nuit de 1824, par une violente douleur dans le côté droit du ventre, et n'en fut débarrassée que le lendemain au soir. Au mois de mars, retour de la même douleur dont la durée fut aussi la même. La malade crut avoir le ventre un peu tuméfié. En mai et en juillet, deux nouvelles attaques toutes deux suivies de vomissements; mais alors on sentit bien facilement une tumeur dans l'abdomen. Isabelle vint à Édimbourg, où plusieurs médecins lui dirent qu'elle était enceinte. Depuis, ces attaques la reprirent tous les mois à l'époque de ses règles, qui ne se sont jamais dé-

rangées et qui depuis trois mois, sont seulement moins abondantes et plus pâles qu'à l'ordinaire. Suivant elle, la tumeur est plus grosse le soir que le matin. L'opération fut pratiquée le 22 mars 1825. M. Lizars ne comprit dans sa première incision, que les téguments et le tissu adipeux sous-jacent. Dans la seconde, il divisa en même temps les muscles et le péritoine, pour pénétrer tout d'un coup dans la cavité abdominale. Il commit d'abord la méprise de se croire arrivé sur la tumeur, quand il n'était encore qu'à la face externe de l'oblique interne ; il le reconnut bientôt et étendit son incision à l'aponévrose de ces deux muscles. Il commença à isoler la tumeur ; mais elle était si adhérente aux parois de l'abdomen, au colon et au bord du bassin, que l'opérateur désespérait de pouvoir l'en détacher. Cependant à l'aide du bistouri et des doigts, il réussit à isoler une masse volumineuse d'un brun foncé, dont le pédicule n'était pas plus gros que le petit doigt, et avait un pouce ou deux de longueur. Point de suture ; bandelettes agglutinatives, bandage de corps. La tumeur pesait sept livres. Le reste de la journée, la malade avait du malaise, de grandes douleurs dans la plaie et dans le dos; le pouls devint fort et fréquent; sa langue était sèche. Le lendemain, à dix heures, saignée de quatorze onces jusqu'à la syncope; diminution de la fréquence du pouls ; éructations, vomissements. A deux heures, nouvelle saignée de douze onces, suivie aussi de syncope; elle dort un peu. Les vomissements continuent, le pouls est variable, les forces baissent et la mort arrive le surlendemain à sept heures du soir.

» *Autopsie*. Plaie des parois réunie en haut; contenant un peu de sérum purulent en bas. Les intestins et l'épiploon avaient contracté des adhérences à la partie interne de ses bords. Le péritoine qui recouvrait la tumeur ou qui l'attachait au colon et aux petits intestins, était ardoisé, fragile, gangrené. On voyait de petites taches inflammatoires sur d'autres points des intestins, principalement sur le colon. Il y avait dans le petit bassin quelques onces d'un liquide séreux, au milieu duquel flottaient des flocons de lymphe coagulable. Le pédicule était formé par le ligament large de l'utérus. Cet organe lui-même était très-sain. L'autre ovaire, qui avait son volume ordinaire, était recouvert de matière plastique ; il parut assez ferme quand on l'incisa. La trompe de Fallope était rouge et tuméfiée. » (*Observations sur l'extirpation des ovaires*, par J. Lizars.)

Souvent le chirurgien a rencontré, pendant l'opération, des obstacles insurmontables, et elle est restée inachevée ; alors la plaie des parois abdominales a été réunie par la suture, et d'après les faits publiés on n'aurait dans ce cas presque jamais observé de suites fâcheuses, presque jamais la mort. MM. Lizars (*Archives de médecine*, t. v), Granville (*Journal des progrès*, t. I, p. 274), et Dieffenbach (*Archives*, t. xx, p. 92), etc., ont été assez heureux pour n'avoir pas à regretter plus amèrement d'avoir commencé l'opération sans pouvoir la terminer.

Donnons un exemple de cette tentative infructueuse mais non fatale :

Obs. 6. « Une Polonaise âgée de quarante ans, de taille moyenne, bien conformée, et d'une bonne constitution, s'adressa au docteur D., en le priant de lui enlever une tumeur que depuis dix à douze ans elle portait dans le bas-ventre, et qui s'était développée à la suite d'un coup et de beaucoup de chagrins domestiques. Quelques années auparavant plusieurs chirurgiens avaient refusé de l'opérer ; maintenant elle voulait l'être à tout prix. Le ventre était distendu, principalement vers la région ombilicale, par une tumeur ronde, mobile en tous sens et même en partie autour de son axe. Sur la tumeur, la paroi abdominale paraissait n'avoir qu'un quart de pouce d'épaisseur. Toujours bien réglée et mariée depuis l'âge de dix-huit ans, la malade n'avait pu devenir mère. Les praticiens distingués qui la virent, furent loin d'être unamines sur la nature de son affection ; les uns, avec le docteur D., pensaient que c'était une tumeur de l'ovaire gauche ; d'autres prétendaient qu'elle avait son siége dans le mésentère, d'autres dans le foie, ceux-ci dans la rate, ceux-là dans le rein ; enfin il fut soutenu qu'il s'agissait tout simplement d'une

tumeur sous-cutanée. La mobilité de la tumeur, la bonne constitution de la malade, ses instances, d'accord avec l'avis de la majorité des consultants, décidèrent le docteur D. à pratiquer l'opération qui fut faite de la manière suivante : incision verticale s'étendant depuis trois pouces au-dessus du nombril, jusqu'à cinq pouces au-dessus de l'arcade pubienne, et comprenant toute l'épaisseur de la ligne blanche qu'elle longeait un peu à gauche pour éviter l'anneau ombilical ; on vit que la tumeur était contenue dans l'intérieur du péritoine. On ouvrit cette membrane dans l'angle supérieur de la plaie extérieure, et aussitôt une tumeur ronde d'un blanc bleuâtre, d'une consistance cartilagineuse, ferma l'ouverture du péritoine longue de quatre pouces. Malheureusement, sa base très-large renfermait des vaisseaux dont les pulsations étaient très-fortes, et paraissait être attachée à la colonne vertébrale. Une piqûre faite dans la tumeur donna lieu à une hémorrhagie qu'on fut obligé d'arrêter par la compression. Les rapports de la partie inférieure avec le rectum et la vessie, ne purent être constatés. On referma la plaie abdominale au moyen de quelques points de suture que l'on soutint avec un bandage approprié. Immédiatement après se manifestèrent des douleurs violentes, le hoquet, enfin tous les symptômes d'un étranglement interne. Le bas-ventre était tuméfié et tendu, la tumeur plus volumineuse. Un traitement antiphlogistique vigoureux dissipa ces accidents en quelques jours. Une grande faiblesse, la coloration jaune de la peau, la petitesse et l'accélération du pouls qui avaient commencé un peu plus tard, diminuèrent avec l'excrétion de la sanie par la plaie. La guérison fut complète. » (Dieffenbach, *Rust's magazin*, b. xxv, h. 2.)

En dernière analyse, voici le résultat que donne le dépouillement des faits publiés : sur quarante extirpations d'ovaires, vingt guérisons plus ou moins complètes et vingt morts. Dix fois l'opération n'a pu être terminée et l'on n'a eu alors qu'un malheur à déplorer (*Répert. génér. des Sciences médic.*, t. xx, *et divers journ.*). Si tous les succès sont connus, il serait téméraire de craindre qu'il n'en soit pas de même des revers, surtout quand on voit que sur dix larges plaies du péritoine, dont quelques-unes s'étendaient de l'appendice xyphoïde à la symphyse pubienne, une seule a été mortelle. L'hydropisie de l'ovaire diminuant la susceptibilité de cette vaste séreuse placerait donc le sujet dans de bien meilleures conditions que la santé la plus parfaite ; à nos yeux, ce serait là un paradoxe dangereux.

M. Lizars, qui préconise l'ablation de l'ovaire, répond ainsi aux principales objections qui lui sont adressées. On parle, dit-il, de la disposition du péritoine à s'enflammer ; mais c'est un accident dont les membranes séreuses sont moins susceptibles que les organes celluleux plus bornés. L'exhalation du liquide qui les humecte continuellement semble affaiblir les causes de l'inflammation : c'est ce que démontre l'hydropisie de la tunique vaginale, dans laquelle l'art n'arrive quelquefois que très-difficilement à provoquer une phlegmasie adhésive, phlegmasie qui dans quelques cas doit être aussi forte que celle qui détermine la suppuration et le sphacèle. — Pour prouver que la crainte fondée sur la largeur de la base de la tumeur est illusoire, il cite des faits cliniques et l'opinion de Hunter, d'Everard Home et d'Abernethy qui professent que les tumeurs des membranes séreuses y sont attachées par un pédicule.

Quant à l'objection des *adhérences* de la tumeur, il la combat en disant qu'elle est difficile à reconnaître et rapporte à cette occasion un cas de Morgagni où la tumeur remplissait si complétement la cavité du bassin qu'elle était immobile, quoiqu'elle ne fût fixée que par un petit pédicule.

La dernière objection qu'examine l'auteur est celle de la dilatation des vaisseaux sanguins, et, à ses yeux, c'est la plus grave. « Ces vaisseaux sont les artères spermatiques qu'il est très-facile de lier, et je doute que ces tumeurs en reçoivent jamais d'autres que celles de l'épiploon. J'ai disséqué des ovaires prodigieux, qui avaient contracté des adhérences avec tous les viscères, mais je n'ai jamais vu un seul vaisseau sanguin quitter sa direction pour se répandre dans la tumeur, je n'ai même vu qu'une seule fois les vaisseaux de l'é-

piploon se ramifier à la surface et pénétrer dans l'intérieur de la tumeur. » M. Lizars est si partisan de la gastrotomie qu'il s'étonne qu'on n'y ait pas généralement recours non-seulement pour l'hydropisie de l'ovaire, mais pour la grossesse extra-utérine, la grossesse avec difformité du bassin, l'étranglement interne, etc., dans lesquels le retard est plus dangereux que l'opération elle-même.

Laissons parler maintenant une autorité plus imposante et qui ralliera tous ceux qui cultivent la saine chirurgie. « 1° L'ovaire malade est souvent adhérent à toutes les parties voisines. 2° Ses vaisseaux se dilatent à mesure qu'il grossit, de sorte que son extirpation exposerait à des hémorrhagies dangereuses. 3° Il est quelquefois impossible de savoir d'une manière positive si la maladie qu'on a à combattre est dans ce corps ou dans toute autre partie. 4° Souvent les deux ovaires sont malades en même temps, ce qui exigerait deux opérations au lieu d'une, 5° Enfin, quel temps prendrait-on pour faire cette opération? Celui où la tuméfaction commence? On en est rarement averti parce qu'il y a peu d'incommodité. D'ailleurs, on ne sait si le mal continuera ou s'il restera stationnaire. Prendra-t-on le temps où il est déjà très-avancé? Mais la grosseur de la tumeur augmente le danger, et ses adhérences qui peuvent être nombreuses rendraient l'opération impossible. » C'est ainsi que l'extirpation de l'ovaire est proscrite par Sabatier, Dupuytren, Sanson et Bégin (*Méd. opérat. de* Sabatier, Dupuytren, t. II, p. 503).

M. Velpeau après avoir adopté en général les motifs des premiers chirurgiens apporte à leurs conclusions le correctif suivant. « Toutefois, si comme il arrive habituellement en pareil cas, la santé générale s'est maintenue d'une manière à contraster avec l'état maladif de l'abdomen; si l'issue d'un liquide onctueux et gélatineux obtenu par une ponction exploratrice démontre que le mal est dans l'ovaire, si la tumeur ne dépasse pas le volume de la tête d'un adulte, et si la malade la désire avec ardeur, je pense qu'on doit tenter l'opération; seulement il reste à déterminer si l'incision simple, essayée par Portal, Bonnemain, MM. Rey, Bausden, qui en ont retiré aussi chacun une guérison, ne devrait pas être préférée à l'extirpation proprement dite. » (*Répertoire des Sciences medicales*, t. XXII, p. 594.)

Manuel opératoire. C'est à Théden qu'on en doit la première description un peu détaillée. Depuis, Monteggia, Smith et Mac-Dowel nous ont aussi donné leurs procédés. C'est le suivant qui est le plus généralement usité : La femme est couchée sur le dos, les membres inférieurs modérément étendus et fixés par des aides, et placée de telle sorte que la partie la plus saillante du kyste se présente à l'opérateur. Une incision de six ou huit pouces est faite dans ce point aux parois du ventre et parallèlement à l'axe du corps. Dès que le péritoine est ouvert on guide le bistouri avec le doigt indicateur. Si la tumeur est libre et son pédicule étroit, on pose une ligature solide sur ce pédicule, puis on excise le kyste en deçà du fil. Dans le cas où il n'y a que des adhérences légères on les détruit par une dissection attentive et prudente, puis on lie et on excise. La tumeur est-elle fongueuse, à large base et très-vasculaire, n'y touchez pas et refermez la plaie. Le kyste est-il trop intimement adhérent à la paroi abdominale, ouvrez-le largement et tâchez de faire en sorte de l'entraîner graduellement par la plaie (Velpeau, *Répert.*, t. XXII, p. 595). La poche est-elle trop intimement unie aux viscères, voici ce que propose M. le docteur Morel-Lavallée : passer avec une aiguille courbe un ou plusieurs fils dans la partie du kyste qui s'engage entre les lèvres de la plaie; tirer doucement sur ces fils et en même temps faire une ponction avec un trois-quarts. A mesure que le liquide s'écoule, son enveloppe obéit à la traction des fils et sort de plus en plus par l'ouverture de la paroi abdominale. Une fois l'évacuation complète, on retranche du kyste tout ce qu'on a pu en mettre dehors. Mais avant cette excision on a soin de passer quelques anses de fil dans la paroi du kyste entre la peau et le point où portera l'instrument. Ces anses convenablement fixées serviront à retenir, dans le trajet de la plaie, le reste froncé de la poche, qui versera ainsi par une espèce de goulot artificiel et sans danger d'épanchement le liquide

qu'elle doit encore sécréter. Une inflammation agglutinative en soudant le prolongement kystique aux bords de la plaie pariétale rendra bientôt les fils inutiles. Il nous est impossible de ne pas voir là une inspiration puisée dans les principes de la saine chirurgie. Ce procédé ne paraît-il pas encore moins dangereux, plus prompt et définitivement plus efficace que l'ouverture avec les caustiques? Nous avouons que dans tous les cas où l'absence d'adhérence pariétale le rendrait applicable, c'est au procédé de M. Morel que nous aurions recours de préférence.

ARTICLE VI.

Hydatides de l'ovaire.

Les hydatides de l'ovaire et les hydropisies se rapprochent tellement par la symptomatologie et les indications, qu'il est tout naturel de les décrire à côté les unes des autres. Même obscurité de développement, même marche, mêmes signes locaux et généraux, mêmes terminaisons, etc. Ces deux affections ne semblent guère différer que par leurs caractères anatomiques; elles se ressemblent jusqu'à l'autopsie. Cependant un point qui les sépare profondément, c'est l'extrême rareté des hydatides ovariques. A peine en trouve-t-on quelques exemples bien concluants dans les auteurs. C'est une raison de plus pour en rapporter une observation très-détaillée, très-nette, et qui nous montre en outre que l'inflammation peut s'emparer de ces kystes et réagir sur l'économie presque comme si elle frappait un de ses rouages importants. La tumeur offre aussi de ces particularités qu'on ne peut pas toujours faire entrer dans le tableau général d'une maladie, malgré l'intérêt accidentel qu'elles ont réellement. Voici le fait :

Obs. 1. La femme Boulanger, âgée de trente ans, entre au mois d'août 1827 à l'hôpital de la Pitié pour une péritonite chronique, et sort guérie au bout de peu de temps. Après quelques mois d'une bonne santé les règles se suppriment pendant deux époques et une tumeur dure et indolente qui se développe dans l'hypogastre fait croire à une grossesse. Dans le mois suivant des troubles divers dissipent cette illusion : la tumeur devient douloureuse, les règles reparaissent et apportent un soulagement momentané. Des vomissements et un accroissement de souffrance décident la malade à entrer à l'Hôtel-Dieu dont elle sort pour se faire transporter à l'hôpital où la première fois elle a trouvé sa guérison.

Le 22 mars 1828, elle se présente dans l'état suivant à la Pitié : la tumeur hypogastrique qui s'élève à trois pouces environ au-dessus de la symphise est très-douloureuse et extrêmement sensible à la pression; elle est sphéroidale et fluctuante; les urines et les selles sont rendues d'abord avec beaucoup de difficulté, et bientôt ces deux excrétions sont complétement impossibles. On est obligé de sonder la malade plusieurs fois par jour.

Déjà le trente mars la tumeur avait gagné l'ombilic; les douleurs hypogastriques étaient vives et lancinantes. Trente sangsues à l'hypogastre, cataplasmes, bain de siége.

Le 9 avril, la religieuse qui sondait la malade habituellement ne peut parvenir jusque dans la vessie; la sonde en effet était arrêtée à quelques lignes du méat urinaire, et ce ne fut qu'en changeant la direction de l'instrument qu'on put le faire arriver à son but. Le doigt introduit dans le vagin rencontre un obstacle que la douleur rend infranchissable. Il n'y avait pas eu de selles depuis plusieurs jours, on put croire que l'accumulation des matières fécales dans le rectum constituait l'obstacle. Un bain de siége et plusieurs demi-lavements amenèrent une évacuation abondante qui ne leva nullement, qui ne modifia en rien l'obstacle qui empêchait le doigt de pénétrer profondément dans le vagin refoulé contre l'arcade du pubis : on força l'obstacle et l'on arriva à l'orifice utérin qui était parfaitement sain. Alors laissant le doigt dans le vagin et portant l'index de l'autre main dans le rectum, on vit que ces deux canaux étaient écartés l'un de l'autre par une tumeur dure, qui se laissait comprimer difficilement et revenait à l'instant sur elle même. A cette époque la tumeur, toujours extrêmement douloureuse, atteignait les fausses côtes gauches.

Les jours suivants, les extrémités inférieures s'infiltrèrent et la mort arriva le 16 avril au milieu d'une violente crise de douleurs.

Autopsie. Tumeur énorme entre le vagin et l'utérus qui sont rejetés en avant, le rectum l'est en arrière. La vessie très-vaste est refoulée au-dessous du petit bassin. Cette tumeur, au moins du volume d'une tête d'adulte, est ovoïde et à base inférieure. Remplissant le petit bassin elle s'élève dans le ventre jusqu'à un pouce et demi au-dessus de l'ombilic. L'utérus qui avait doublé de longueur en même temps qu'il avait diminué de largeur adhérait intimement à la partie antérieure de la tumeur qui l'avait en quelque sorte étiré dans son élévation. Le rectum et le vagin y tenaient également par des liens filamenteux.

Les trompes étroites dans leur moitié interne, se renflent progressivement, de manière à former un cône dont la base contournée en spirale et évasée s'applique et s'attache fortement chacune à une bosselure du kyste. En comprimant cet entonnoir membraneux de son pavillon vers sa douille, il versait dans l'utérus une matière purulente, ce qui établit incontestablement la communication du kyste avec la trompe, communication dont l'élargissement eût procuré l'évacuation du liquide ovarique par le vagin. Les adhérences de la tumeur au vagin et au rectum montrent également qu'une voie pouvait être frayée au pus par ces conduits. Les bosselures sur lesquelles s'appliquait la trompe n'étaient que des renflements partiels de la poche unique, qui contenait une quantité énorme de pus et des globes acéphalocystes inombrables, dont les plus considérables dépassaient le volume du poing, et dont les plus petites égalaient celui d'un grain de raisin. L'acéphalocyste-mère, brunâtre dans quelques points, est partout extrêmement épaisse ; elle offre, dans un espace grand comme un écu de six livres, un épaississement considérable formé par des vésicules en nombre prodigieux, mais très-petites et surmontées par d'autres grosses comme des grains de raisin, saillantes dans l'intérieur de la tumeur et faciles à se détacher, en sorte que la génération des acéphalocystes se laissait en quelque sorte surprendre ici. Il y avait dans la rate un kyste purulent dont les ulcérations commençantes auraient, par leurs progrès, déterminé l'épanchement dans le ventre. (Analyse de l'obs. insérée par M. Barret dans les *Bulletins de la société anatomique*, 1827.)

Peut-être que si la tumeur avait été attaquée à temps par le vagin, on eût évité, ou du moins retardé la terminaison fatale. C'est un regret qu'on éprouve d'autant plus vivement qu'on a vu M. Roux entreprendre avec un succès complet une opération semblable. Ce qui manque aux détails graphiques de l'observation pour juger la nature du kyste, on le trouve dans le talent connu du chirurgien profondément versé en anatomie pathologique.

Obs. 2. « Madame B..., âgée de trente-huit ans, lymphatique, eut, il y a huit ans, un accouchement long et pénible. L'accoucheur reconnut la cause de ces difficultés dans une tumeur dans le bassin au côté gauche du vagin, et ne dissimula pas à la malade l'obstacle qu'elle pourrait apporter à un accouchement ultérieur. Pendant cinq ans l'accroissement de la tumeur se fit sans accidents. A cette époque, il se manifesta de l'embarras dans l'émission des urines et des matières fécales. Quand cette femme se présenta à l'observation de M. Roux, il y avait trois mois que le cathétérisme était devenu indispensable. La malade entra à l'hôpital de la Charité. Le toucher découvrit au côté gauche du vagin une tumeur dure s'étendant de la marge du bassin à la grande lèvre. Le vagin était rejeté à droite et semblait fixe dans cette position. Sentiment de pesanteur et de distension douloureuse dans le bassin, engourdissement du membre inférieur gauche. La tumeur était d'une dureté osseuse. Sans avoir d'idée arrêtée sur sa nature, M. Roux résolut de la découvrir par une incision en T dont la branche verticale diviserait la paroi correspondante du vagin, et l'autre la face interne de la grande lèvre, afin de s'éclairer sur le diagnostic et sur les indications, et de s'inspirer pour attaquer le mal des circonstanees qui se rencontreraient. A peine le bistouri, conduit sur

la face palmaire de l'index gauche a-t-il entamé la poche qu'il s'en écoule une grande quantité de liquide diaphane, , de couleur citrine. Le doigt introduit dans l'ouverture pénètre dans une vaste poche aux parois de laquelle paraissent adhérer des flocons membraneux. On extrait avec une pince à pansement quelques lambeaux membraneux d'un blanc de perle et d'une consistance gélatineuse; une pince à polype substituée à la première amène en dehors, sans la morceler, une membrane d'un grand volume, d'un blanc nacré, épaisse, tremblottante, se roulant sur elle-même : c'est une acéphalocyste.

» La grande cavité kystique est remplie de plusieurs bourdonnets dont plusieurs sont liés par le milieu. Aucune douleur. Trois jours après l'opération, hémorrhagie qui va jusqu'à la syncope, et attribuée à l'introduction maladroite de la canule à injection. Le sixième et le septième j ur, on finit d'enlever les bourdonnets; la suppuration va en diminuant et ne tarde pas à tarir. Bientôt la guérison est complète. » (*Clinique des hôpitaux*, t. II, n° 46.)

Ce n'est pas sur quelques faits que l'on peut baser une description générale; aussi nous bornerons-nous à engager le lecteur, pour ce qui concerne le diagnostic et la thérapeutique, à se rapporter à ce que nous avons dit de l'hydropisie ovarique.

ARTICLE VII.

Kystes pileux de l'ovaire.

Les poches morbides qui contiennent diverses parties de l'organisation normale ont reçu le nom de *kystes pileux*, parce que le plus souvent les poils sont le seul élément reconnaissable qu'on y rencontre, et que suivant M. Cruveilhier (*anat. path.*, 18 livr.) quand il s'y trouve des dents et sans doute d'autres débris humains, il y a toujours des poils.

Les parois de ces singulières cavités sont en général formées de tissu fibreux plus ou moins régulièrement stratifié et présentant quelquefois en dedans l'aspect d'un véritable tissu, où les poils sont implantés par un bulbe dans des pores très-évidents. Ces poils ordinairement blonds ou roux, rarement noirs ou blancs et jamais frisés, ni crépus, sont d'une longueur qui varie de quelques lignes à celle des plus longs cheveux. Ils sont en mèches bien peignées ou mêlés ; dans certains cas, quand ils sont très-grands, ils sont lisses dans la première partie de leur étendue, et se brouillent en touffe à leur extrémité libre, comme si arrêtés dans leur accroissement par la voûte d'un kyste trop étroit, ils avaient été forcés de se replier sur eux-mêmes; M. Cruveilhier en a fait représenter un bel exemple qui nous semble très-bien prêter à cette interprétation. Il arrive que dans leur trajet ils s'engagent dans un anneau fibreux de la paroi ou qu'ils y sont en quelque sorte plaqués par une ossification. Au lieu d'être ainsi réunis en grand nombre, ils peuvent naître isolés de la surface membraneuse qui les supporte ; souvent ces deux variétés se trouvent réunies dans la même tumeur. Enfin ces poils peuvent être épars, par touffes, par boucles ou par brins dans l'intérieur de la poche, libres par leurs deux extrémités; et on les trouve mêlés à une matière grasse, comme de la bourre dans le ciment. Cette gangue contient encore assez communément d'autres organes plus ou moins bien conservés, et surtout des dents. Ces ostéides sont ordinairement au nombre de deux, de la même espèce ou d'espèces contiguës, comme deux incisives ou une incisive et une canine. Quelquefois la quantité en est bien plus considérable, sept, huit, etc. Cleghorn cité par Meckel en aurait trouvé quarante-quatre dont deux d'adulte. Plouquet et Autenrieth en auraient compté trois cents dans un kyste de vingt livres chez une femme stérile âgée de vingt-deux ans. Quoi qu'il en soit de ces cas extraordinaires dont l'authenticité aurait besoin d'être confirmée par de nouvelles observations, il paraît incontestable qu'on a vu dans les kystes ovariques des dents incomplètement développées et dont la couronne ou les racines manquaient ; des dents de lait parfaites et enfin des dents de la seconde dentition. Peut-être cependant les faits laissent-ils un peu de doute sur ce dernier point. Tantôt libres, tantôt adhérentes à des fragments informes d'os ou de cartilages, fragments qui semblent à M. Cruveilhier appartenir généralement à la mâchoire supérieure, elles

sont parfois implantées dans un os maxillaire aussi bien conservé qu'elles.

« Le 13 mars 1777 la nommée..... était assistée depuis quarante-deux heures par une sage-femme; M. R.... qui fut mandé me fit appeler; la tête de l'enfant se présentait à l'excavation, dans la position la plus avantageuse : à la partie latérale droite du sacrum était une tumeur dont le volume étrécissait considérablement l'*évasure* droite du détroit supérieur; en conséquence nous jugeâmes que l'expulsion de l'enfant serait impossible : son extraction par les pieds fut regardée par mon confrère comme la seule ressource. Je pensais au contraire qu'il ne pourrait être conservé que par l'opération césarienne; ce choc d'opinions nous fit mander un tiers : il fut de notre avis sur l'état de la femme et ajouta que la tumeur était une exostose, fondé sur ce que la femme avait été attaquée de la maladie vénérienne : notre manière de voir était la même à cet égard; je restai seul convaincu de la nécessité de l'accouchement césarien : on tira donc l'enfant par les pieds, l'opération fut des plus laborieuses; la tête fut arrêtée sur le détroit supérieur; les plus violents efforts ne purent le lui faire franchir; l'enfant perdit la vie; un de ses bras ne fut dégagé qu'à l'aide du crochet du forceps et la sortie de la tête obtenue que par l'application difficile et reitérée de cet instrument; on observa que le col de l'enfant était luxé.

» La mère périt cinquante-deux heures après l'accouchement. — Le cadavre fut ouvert, on trouva dans l'abdomen une matière crétacée et des cheveux. — La tumeur que nous avions prise pour une exostose était l'ovaire, dans lequel se trouvaient une matière crétacée semblable à la précédente, des cheveux, des portions d'os du crane et la mâchoire inférieure, armée de neuf dents, sorties de leurs alvéoles et aussi blanches, aussi dures que celles d'un enfant de huit à dix ans. On remarquait à l'ovaire une crevasse qui avait donné issue à la matière crétacée et aux cheveux trouvés dans l'abdomen. Sans cette ouverture qui avait permis la sortie d'une partie de ce que contenait l'ovaire, on n'aurait pu terminer l'accouchement. Les grandes lèvres, le vagin étaient gangrenés, la matrice près de l'être... » (Lauverjat, *nouvelle méthode de pratiquer l'opération césarienne*, p. 13).

N'est-il pas regrettable que l'auteur de cette intéressante observation, n'y ait pas mis plus de détails et de précision, qu'il n'ait pas désigné les dents et la dentition à laquelle elles appartenaient? Toujours est-il qu'elles étaient beaucoup plus développées qu'elle ne sont à la naissance, puisqu'elles étaient *sorties*.

Outre les poils, les dents, les fragments d'ongle (Cruveilhier), les os, on a encore trouvé du tissu musculaire dans ces tumeurs.

Quelle est la nature de ces kystes? Quelle en est l'origine? Sans doute dans les cas où l'on trouve avec les poils, comme dans celui de Lauverjat, un grand nombre de pièces du squelette, on doit les rapporter à une grossesse ovarique. Encore le développement des dents, des poils et des cheveux, n'est-il pas très remarquable! Comment expliquer l'accroissement de ces productions tégumentaires?

Quand il n'y a que des poils, peut-on dire que le reste a disparu par l'absorption?

Une considération qui viendrait à l'appui de cette opinion, c'est que ce sont précisément les parties qui résistent le plus à l'absorption, les poils et les dents, qu'on rencontre le plus souvent dans ces kystes. Dans cette hypothèse les poils ne tenant plus aux parois, s'en seraient détachés par suite d'un travail ultérieur et la gangue graisseuse où ils sont enfouis serait le résultat de la secrétion des follicules sébacés du tissu cutané et de la décomposition, de la momification des tissus moins réfractaires. Mais alors quand la membrane d'implantation double tout l'intérieur de la poche (Cruveilhier), comment les poils ont-ils poussé en dedans? Et les kystes pileux qui se forment dans le tissu cellulaire sous-cutané, dans le foie et chez l'homme!

Ce sont là des questions dont la solution demande de nouveaux faits, des faits bien observés, et qui resteront peut-être toujours inexplicables. En admettant avec Meckel que les kystes pileux ovariques doivent leur développement à une exci-

tation vénérienne, sans rapprochement des sexes, *Lucina sine concubitu*, l'emboîtement des germes rendrait-il un compte satisfaisant de l'existence de ces productions au sein du tissu hépatique ? Supposera-t-on le développement spontané du tissu cutané des bulbes pileux ? Nous le répétons, il règne ici une profonde obscurité que les meilleures observations auront de la peine à dissiper.

Quoi qu'il en soit de l'étiologie de ces kystes, ils peuvent dans l'ovaire rester dix, vingt ou quarante ans stationnaires. Ils n'ont en général pas de symptômes proprement dits, point de douleur, aucun dérangement des fonctions, etc. Presque toujours inconnus pendant la vie, ce n'est que comme masse anormale qu'ils révèlent quelquefois leur présence ; rien ne les faisait soupçonner ; c'est presque constamment au hasard qu'on a dû leur découverte. Ils peuvent s'ouvrir dans l'intestin, dans la vessie, etc. ; la malade alors rend des poils par les urines, par les selles.

Nous avons implicitement donné le pronostic en parlant des symptômes. Cette lésion n'a, en général, pas d'influence sur la santé. Cependant si la tumeur acquérait un volume comme dans le cas douteux d'Autenrieth où elle pesait vingt livres, elle pourrait inspirer des inquiétudes. Mais nous n'avons pu trouver un seul exemple de cette gravité.

Quant au traitement, quel peut-il être dans une maladie, qui n'en est presque jamais une, dont on ne s'aperçoit guère qu'à l'autopsie ?

ARTICLE VIII.

Productions osseuses, cartilagineuses et pierreuses de l'ovaire.

Les exemples en sont nombreux. Meckel a souvent constaté une sorte d'ossification des vésicules de Graaf. Le *Magasin de Hambourg* contient un cas de double ossification des ovaires ; Storch l'a trouvé cartilagineux, Dupuytren fibreux ; mais à quoi bon s'arrêter à des points qui ne sont réellement que de l'anatomie pathologique ?

Morgagni a trouvé dans les ovaires de petites pierres blanches de la grosseur d'un pois et renfermées dans une espèce de poche (Morgagni, *Lettr.* 46) ; Saviard y a vu une concrétion plâtreuse du volume d'une tête de fœtus (*Obs. de chirurg.*) ; enfin, nous avons rapporté ailleurs le cas plus curieux encore, observé par Denis, chirurgien du prince Stanislas Leczinski.

ARTICLE IX.

Corps fibreux de l'ovaire.

Il ont la plus grande analogie avec les corps fibreux de l'utérus ; ils sont seulement beaucoup plus rares, et en général plus petits. Cependant on a trouvé sur le cadavre d'une vieille femme de la Salpêtrière, une de ces tumeurs pesant quarante-six livres (Cruveilhier, *Dict. de méd. et de chir. pratiques*, t. XII, p. 414). Le plus souvent ces productions coexistent avec celles de la matrice. Comme tumeurs, elles ont les mêmes caractères que les hydropisies de l'ovaire, moins la fluctuation qui est essentiellement inhérente à la nature du liquide kystique. Quant aux symptômes locaux et généraux, ce sont les mêmes que ceux des corps fibreux de l'utérus.

ARTICLE X.

Tubercules de l'ovaire.

Les tubercules de l'ovaire sont presque aussi rares que les hydatides. M. Tonnelé en a trouvé chez une fille de cinq ans. Ils adhéraient au rectum ulcéré dans ce point. (*Journ. hebdomadaire*, 1829, t. V, p. 149). L'ovaire gauche d'une phthisique avait acquis le volume d'un œuf de pigeon et adhérait, par l'une de ses extrémités, à l'S du colon, et par l'autre à l'utérus ; la cavité de l'intestin correspondait avec une caverne de l'ovaire ; en contact avec l'ulcération tuberculeuse, la paroi de la matrice commençait aussi à se ramollir. L'ovaire n'est pas non plus sans offrir quelquefois des granulations (Dugast, Thèse de Paris, 1839). La loi de M. Louis se maintient pour les tubercules de cet organe, c'est-à-dire que le plus souvent cette production accidentelle existe en même temps dans le poumon. Il est bien entendu que, comme toutes les

autres affections organiques de l'ovaire, celle-ci peut causer la stérilité ou l'avortement. Voici un cas où ce dernier accident n'a pas eu d'autre origine. Il appartient à madame Boivin, qui l'a consigné dans son mémoire, intitulé : *Recherches sur l'une des causes la plus fréquente et la moins connue de l'avortement.* Nous avons déjà cité cet important travail. Nous donnons l'observation, parce que c'est surtout dans les maladies rares que l'impossibilité d'une description générale en fait sentir le besoin.

Avortement à cinq mois, suivi de mort.

«Madame Kall..., veuve, âgée de vingt-sept ans, d'un tempérament lymphatico-nerveux, de haute stature, d'un médiocre embonpoint, était accouchée pour la première fois à vingt et un ans, à l'aide du forceps, après un travail de soixante heures. Les suites de couches furent compliquées d'une péripneumonie qui retint la malade au lit pendant trois mois. Depuis elle eut deux autres couches à terme, et heureuses.

» Logée très-étroitement, comme le sont la plupart des marchands en boutique à Paris, cette femme couchait dans une soupente fort étroite et entièrement privée d'air; ses repas n'étaient point réglés; en général, sa nourriture était peu soignée, et depuis fort longtemps elle était sujette à la constipation.

» Vers le milieu de février 1826, en sortant d'un bal, madame K. fut prise d'un catarrhe aigu, accompagné d'une violente toux, qui ne l'empêchait cependant pas de vaquer aux affaires de son petit négoce; mais une douleur fixe, pongitive, détermina la malade à appeler le secours d'un médecin; elle éprouva un peu de soulagement de l'application de vingt sangsues sur le point douloureux.

» Des douleurs utérines qui s'étaient manifestées après l'application des sangsues, amenèrent l'expulsion d'un embryon de cinq mois, ainsi que de ses annexes.

» Cette malade, qui vivait en femme mariée, ne put passer le temps de ses couches chez elle; elle fut transportée à la maison royale de santé le troisième jour de l'avortement et le cinquième de la péripneumonie. Malgré l'emploi de tous les antiphlogistiques possibles, elle succomba le dixième jour de sa maladie, le septième de son avortement, et le sixième de son entrée à la maison.

» *Autopsie.* La *tête* n'a point été examinée.

» *Thorax.* Plèvre adhérente de toutes parts; le grand lobe du poumon droit contient un kyste, du volume du poing, rempli de matière puriforme. Le lobe gauche est pour ainsi dire lardé de tubercules; une sérosité jaunâtre en petite quantité dans le péritoine.

»*Bassin.* Les ligaments larges, les trompes et les ovaires sont groupés et adhérents sur la face postérieure de l'utérus. Ces adhérences étaient si intimes qu'on ne put les détruire qu'au moyen du scalpel. Dans l'épaisseur des tissus ainsi groupés, on remarquait de nouveaux tubercules, depuis le volume d'un grain de millet jusqu'à celui d'un pois, plus ou moins solides et analogues à ceux du côté gauche du poumon.

» Il est évident qu'avec une telle disposition de la part des annexes de l'utérus, cet organe n'aurait pu se développer que très-difficilement. L'avortement aurait certainement eu lieu, lors même que la poitrine eût été saine. Étant le siége de l'affection morbide, les ligaments ne pouvaient se prêter à l'extension de l'organe, sur lequel ils étaient fortement attachés; leur résistance devenant cause d'excitation, la contraction utérine devait s'ensuivre, ainsi que l'expulsion du produit de la conception. » (Madame Boivin, *ibid.*, p. 6.)

ARTICLE XI.

Cancer de l'ovaire.

Moins fréquent que celui de la matrice, le cancer de l'ovaire n'en est souvent que l'extension et la complication, suivant madame Boivin et Dugès (*Ibid.*), tandis qu'aux yeux de M. Velpeau cette coïncidence ne serait qu'une exception. Quoi qu'il en soit, l'ovaire peut être le siége de deux formes du cancer, et plus souvent de l'encéphaloïde que du squirrhe. Réunis ou isolés, ces deux produits atteignent quelquefois un volume considérable. Morgagni cite une de ces tumeurs qui pesait quatre-vingt-dix

livres; une autre, observée par le docteur Welter, en pesait cinquante-six; elle offrait une consistance presque cartilagineuse mais certains points ramollis rappelaient la matière cérébrale. (Académie royale de méd., 12 juillet 1825.) Le 21 septembre 1839, on présenta à la même compagnie un encéphaloïde de l'ovaire mieux caractérisé, et qui pesait soixante-quinze livres. Souvent ces dégénérescences sont mêlées d'ossifications. D'après M. Velpeau, ce que M. Cruveilhier appelle kyste gélatiniforme ne serait qu'un cancer aréolaire de cet organe (*Répert.*, t. XXII, p. 600). La mélanose n'y paraît être que l'altération du parenchyme de l'organe (Andral, Dugès, Négrier).

Cette maladie présente les mêmes apparences et détermine les mêmes symptômes locaux que les autres tuméfactions chroniques qui ont le même siége. On sait que ces tumeurs ne donnent aucun signe de leur existence tant qu'elles sont petites et indolentes. Quelquefois, lorsqu'elles se forment, elles occasionnent dans l'hypogastre ou dans le petit bassin des douleurs plus ou moins vives, d'une durée variable et sujettes à reparaître de loin en loin, surtout aux époques des règles. Le toucher alors n'éclaire presque jamais sur leur existence; il fait seulement éprouver à la malade un sentiment douloureux du côté affecté. Quand la tumeur de l'ovaire a acquis un certain volume, quelle que soit sa nature, elle produit communément un malaise ou une douleur sourde dans un des côtés de l'hypogastre, ou dans une des régions iliaques. Dans tous les cas, par la palpation telle que nous l'avons déjà décrite, on reconnaît, à travers les parois de l'abdomen, le siége, la forme et, jusqu'à un certain point, la grosseur de l'ovaire tuméfié. Enfin, toutes les fois que la tumeur s'enflamme, se ramollit, suppure, s'ulcère ou se désorganise, soit qu'elle forme une saillie à l'hypogastre, soit qu'étant encore très-petite elle soit totalement renfermée dans le petit bassin, il se déclare des douleurs plus ou moins intenses, à la suite desquelles il s'établit une péritonite aiguë ou chronique qui devient mortelle.

Voilà des caractères communs à toutes les maladies de l'ovaire. Ils ne peuvent donc fournir aucun signe univoque à l'aide duquel on puisse, avant l'ouverture du cadavre, prononcer avec certitude sur l'existence d'un squirrhe cancéreux de ces parties. Ce n'est qu'après la mort que cette maladie peut aujourd'hui être reconnue. Si la malade éprouvait dans la tumeur des douleurs lancinantes, et si l'on observait chez elle les signes de la cachexie cancéreuse, on présumerait avec raison que l'ovaire est frappé de la dégénération cancéreuse. Mais il faut éviter avec soin de prendre pour des douleurs lancinantes celles qui se font ressentir lorsqu'une tumeur de l'ovaire tend à la suppuration, ou lorsqu'elle détermine une péritonite consécutive aiguë ou chronique. On pourrait aussi confondre avec les signes de la cachexie cancéreuse, l'amaigrissement, la fièvre hectique et l'altération du teint, qui sont le résultat d'une suppuration chronique des ovaires ou des parties voisines.

Voici, d'après Bayle, l'anatomie pathologique du cancer de l'ovaire. C'est encore ce que nous trouvons de mieux dans la science :

« Dans le très-petit nombre de squirrhes des ovaires que nous avons observés, nous avons trouvé le tissu cancéreux cérébriforme (*Introd.*, chap. III, art. 2, § 5), et le tissu cancéreux chondroïde (*Introd.*, chap. III, art. 2, § 1).

» Lorsque le squirrhe des ovaires tient à une dégénération cérébriforme, la tumeur, dont le volume excède quelquefois celui de la tête d'un homme, est formée par une substance blanche, et plus ordinairement d'un blanc rosé ou rougeâtre, beaucoup plus consistante que le tissu du cerveau, et moins que le parenchyme du foie. Si on l'incise, l'incision y laisse une trace lisse et polie comme dans la substance cérébrale. La masse cancéreuse, ordinairement plus rosée que le parenchyme du cerveau, offre quelquefois dans son intérieur des parties aussi blanches et aussi molles que le corps calleux du cerveau. On y voit en outre çà et là, dans la plupart des cas, de petites ecchymoses rouges ou violettes. On y trouve souvent aussi de petites excavations pleines de sérosité, mais non enkystées, et en outre il y a quelquefois des épanchements de

sang, et plus communément des foyers ramollis et des endroits où l'on voit des portions de la masse squirrheuse, altérées, mollasses, et comme frappées de gangrène, imbibées d'une sorte de liquide qui est comme une bouillie rougeâtre et tout à fait semblable au sang contenu dans les anévrismes; mais il y a peu de caillots volumineux. Le sang paraît broyé, mêlé avec un peu d'eau et réduit en bouillie. L'épanchement de sang qu'on trouve dans ces squirrhes de l'ovaire est analogue à celui qu'on observe quelquefois dans certaines masses cancéreuses abdominales (chap. XVII, art. 3), et dans d'autres cancers cérébriformes (chap. VII qui peuvent être pris alors pour des anévrismes.

» La dégénération qui nous a paru devoir être rapportée au cancer chondroïde peut former aussi une tumeur d'un volume énorme ; elle est très-dure. En l'incisant, on trouve presque toujours qu'elle crie sous le scalpel; elle est blanche, compacte, luisante et presque aussi consistante qu'un tissu cartilagineux. Souvent on y voit des lames fibreuses, inégales, irrégulières, qui en parcourent quelques parties en divers sens. On y aperçoit aussi, en divers endroits, des cordons fibreux diversement entrelacés. Nous n'y avons jamais trouvé de commencement de suppuration, soit ramassée dans de petits foyers isolés, soit imbibée dans une portion de tissu un peu ramolli. » (Bayle, *Traité des maladies cancéreuses*, t. II, p. 313.)

Marret a écrit une thèse sur le cancer de l'ovaire qui a eu quelque célébrité (1). Ce travail contient plusieurs observations; voici les deux principales :

Obs. 1. « Madame V., de cinquante-trois ans, ayant eu neuf grossesses et éprouvé beaucoup de chagrin vers l'époque de la cessation des menstrues, qui eut lieu à quarante-cinq ans, ressentit quelques mois après cette cessation, des douleurs sourdes et profondes dans la région iliaque gauche, et qui durèrent, sans augmenter d'intensité, pendant environ une année. Au bout de ce temps, elle fit une chute dans un escalier, et ses douleurs augmentèrent. Après avoir inutilement consulté diverses personnes de l'art, elle entra à l'Hôtel-Dieu étant dans l'état suivant : Corps maigre, teint jaune plombé, visage triste, abdomen dans l'état naturel, mais ressentant de la douleur dans la fosse iliaque gauche lorsqu'on la comprimait. La marche accélérée, et surtout les faux-pas augmentaient constamment cette douleur locale. On sentait profondément en cette région une tumeur dure, circonscrite, du volume de la tête d'un enfant.

» Le repos et les boissons adoucissantes diminuèrent ces douleurs pendant quelque temps. Ensuite, elles se firent sentir de nouveau ; elles n'étaient plus sourdes, elles étaient devenues lancinantes ; la tumeur doubla presque de volume en peu de jours, et se porta vers le milieu de la région hypogastrique. Des pertes fréquentes survinrent ; le col de la matrice fut trouvé sain, son orifice, plus dilaté que dans l'état naturel, et son corps plus volumineux, surtout en arrière ; le sang était noir, fétide, en caillots et mêlé de sanie purulente. Tout le ventre devint tendu, douloureux ; il ne pouvait supporter le plus léger contact. Une fièvre aiguë s'alluma, et le dixième jour de son développement la malade mourut.

» A l'ouverture du corps, on trouva le péritoine et les intestins enflammés, épaissis, adhérents entre eux, couverts de fausses membranes brunâtres, baignés dans une grande quantité de sanie de même couleur et excessivement fétide.

» L'ovaire gauche, du volume déjà indiqué, est noir, pultacé, entièrement désorganisé ; la trompe, son ligament, les parties du péritoine qui l'entourent, et la partie inférieure du corps de la matrice présentent la même altération ; sa partie inférieure seulement est plus volumineuse. » (Marret, *loc. cit.*)

En parlant de l'ovarite chronique, nous avons fait allusion à cette observation et à celle qui va suivre ; Bayle remarque avec raison qu'on ne peut se faire une idée nette de la dégénération de l'ovaire, d'après la description tout à fait incomplète de Marret. Il est seulement manifeste qu'il y avait chez cette femme une maladie de l'ovaire, avec tumeur très-volumineuse. Cet ovaire avait été pris de suppuration et avait fait naître dans l'abdomen une péritonite. C'est

(1) Essai sur le cancer de l'ovaire, 19 août 1809

à cette époque que la malade ressentit les douleurs lancinantes, et, peu de temps après, la fièvre et l'augmentation de la péritonite entraînèrent la mort. Mais rien ne prouve, dit expressément Bayle, que cette maladie fût de nature cancéreuse.

L'autre histoire, rapportée par Marret, ne donne pas beaucoup plus d'éclaircissements. La voici :

Obs. 2. « Françoise Dubois, âgée de 30 ans, d'un tempérament lymphatique, eut, quinze mois avant d'entrer à l'Hôtel-Dieu, et cinq jours après être accouchée, cinq accès de fièvre avec délire. Ils se terminèrent au dixième jour; elle nourrit son enfant pendant quatre mois, mais elle éprouvait un malaise si grand qu'elle fut obligée de cesser; les menstrues ne se rétablirent pas. Après deux mois de cet état de langueur, pendant lequel elle avait considérablement maigri, l'abdomen se tuméfia, surtout du côté gauche, qui était tendu et douloureux. La tuméfaction augmenta pendant un mois et fut stationnaire jusqu'au huitième. On n'avait encore distingué aucune fluctuation, seulement le ventre devint très-dur, les douleurs peu vives; mais, passé cette époque, elles devinrent insupportables, surtout du côté gauche, dans la région iliaque. Au treizième mois, le nombril devint prédominant, s'enflamma et s'ouvrit pour donner issue à une énorme quantité de pus de mauvaise odeur. Cet écoulement fut très-considérable pendant trois semaines; il diminua ensuite progressivement.

» Il y avait un mois que ce dépôt s'était ouvert lorsque la malade fut portée à l'Hôtel-Dieu.

» Lors de son entrée à l'hôpital, elle avait la figure décolorée, les yeux caves, tout le corps amaigri, le ventre tuméfié et une ouverture fistuleuse au nombril; elle se plaignait d'une douleur fixe au côté gauche, et on y sentait une tumeur. Tous les soirs elle avait la fièvre; le pouls était alors petit et très-fréquent, et la peau sèche. La malade était forcée de rester couchée sur le dos.

» Le premier jour, on mit un cataplasme émollient; le huitième jour, on excisa la fistule sans succès. On appliqua la pierre à cautère pour agrandir l'ouverture; elle détermina une légère hémorrhagie et l'issue d'une grande quantité de pus extrêmement fétide. On incisa encore deux fois sans succès. On employa l'éponge préparée, qui, en agrandissant l'ouverture, laissa au pus une issue plus facile. Pour faciliter la sortie du pus, on plaça à demeure une sonde de gomme élastique.

» La malade vécut à l'Hôtel-Dieu pendant six semanies; elle redoutait extrêmement la mort. Ses forces allèrent en diminuant; la suppuration fut toujours très-abondante. La fièvre hectique était continue; les traits totalement altérés; elle était souvent comme assoupie; mais elle ne dormait jamais profondément. Le pus était plus abondant que lors de son arrivée. Son état s'aggrava toujours jusqu'au moment de sa mort.

» A l'ouverture du cadavre, on ne trouva rien de particulier dans la tête; il y avait un peu de sérosité dans la poitrine et quelques adhérences de la plèvre.

» L'abdomen ayant été ouvret, on trouva les intestins nageant dans une très-grande quantité de pus très-fétide; leur épaisseur un peu augmentée, et quelques adhérences avec le péritoine. L'ovaire gauche était la source du pus. Cet organe était plus volumineux que le poing; sa surface était rugueuse, ulcérée et adhérente par sa partie postérieure avec la fosse iliaque. L'intérieur de l'organe était dur, carcinomateux, renfermant quelques concrétions très-dures et quelques cellules remplies d'ichor jaunâtre.

» L'ovaire droit était plus volumineux que dans l'état sain, mais sans désorganisation sensible; la matrice également plus volumineuse.

» La trompe gauche était d'un diamètre plus considérable et d'une consistance presque cartilagineuse. »

Nous croyons devoir ajouter les réflexions de Bayle sur ces observations :

« Le mot carcinomateux étant fort vague, d'après l'usage abusif qui en a été fait, et ce mot exprimant un jugement au lieu d'équivaloir à une description, il est assez difficile de comprendre quelle était la nature de la lésion de l'ovaire. Mais on trouve dans cette observation, comme dans la précédente, un exemple de péri-

tonite mortelle, déterminée par une dégénération organique des ovaires. » (Bayle, *Traité des maladies cancéreuses*, t. II, p. 319.)

A la rigueur, on pourrait nous demander pourquoi nous plaçons ici des observations qui, d'après nous, ne se rapportent pas absolument au cancer de l'ovaire. Nous répondrons qu'elles ont été prises pour telles, puisqu'elles se trouvent dans une thèse sur le cancer de l'ovaire, et qu'il pourrait y avoir des partisans de l'opinion de Marret. D'ailleurs, comme ces maladies ne pouvaient pas être placées convenablement à l'article *Ovarite*, il est plus rationnel de les placer à l'endroit de notre livre qui traite des *Dégénérescences ;* car s'il est très-vrai que tous les signes du cancer n'étaient pas réunis dans les deux cas cités, il est tout aussi vrai qu'il ne s'agissait pas d'une simple ovarite chronique.

Quant au traitement du cancer de l'ovaire, il serait difficile de séparer le traitement médical du cancer utérin de celui-ci, et pour le traitement chirurgical, nous croyons qu'on doit n'en tenter aucun.

FIN DU TOME PREMIER.

Nota. Une erreur typographique a été commise dans les chiffres de la pagination de ce volume. On a passé de la page 558 à la page 575. Nos lecteurs auront d'autant moins de peine à rectifier cette erreur, qu'il n'y a aucune transposition dans l'ordre des matières.

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LE TOME PREMIER.

FIN DE LA TABLE DES MATIÈRES DU TOME PREMIER.

PARIS.— IMPRIMERIE DE FAIN ET THUNOT,
Rue Racine, 28, près de l'Odéon.